



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

ÍNDICE FES

INFORME DE MEDIAS NACIONAL

AÑO 2024





ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

Depósito legal: M-14699-2024
2024 Fundación Economía y Salud
Diseño y edición: Fundación Economía y Salud
www.fundacioneconomyaysalud.org

COLABORADORES

mcmconstructora



AUTORES

En el análisis de la información obtenida en el contexto de este proyecto y en la redacción de valoraciones y recomendaciones de este informe han colaborado los siguientes profesionales del comité científico de la Fundación Economía y Salud:

Carlos Alberto Arenas Díaz (coordinador general)

Médico especialista en salud pública y medicina preventiva. Experto en gestión y planificación sanitaria. Subdirector General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación de la Región de Murcia. Fue gerente de varios hospitales públicos. Vicepresidente de la Fundación Economía y Salud.

María Fabón Anchelergues (coordinadora de áreas)

Licenciada en Derecho. Funcionaria por oposición Grupo A1, Cuerpo Superior de Técnicos de Administración General. Máster en Derecho de Empresa y Fiscal por la Universidad de Navarra. Experiencia en gestión pública en el Gobierno de La Rioja, Secretarías Generales Técnicas y Servicio Riojano de Salud. Experta en compra pública sanitaria. Docente en el Máster de Derecho Sanitario de Unir. Miembro del comité científico de FES.

Alberto González García (corresponsable área 1)

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

Amalia Franco Vidal (corresponsable área 1)

Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Experta en Calidad asistencial y gestión sanitaria. 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 Fraga (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 la Unidad de calidad del Hospital Ramón y Cajal. Miembro del comité científico de FES.

Carlos Peña Laguna (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 Fernández-Tova (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.

Pablo Sánchez Cassinello (corresponsable área 3)

Licenciado en Economía y Master en Administración y Gestión de Servicios Sanitarios por ICADE. Desde 2021 es responsable de Transformación Digital de Pfizer para España. Participa y lidera numerosos proyectos en organizaciones sanitarias privadas, especialmente vinculadas a la digitalización de las organizaciones. Miembro del comité científico de FES.

Ignacio del Arco Herrera (corresponsable áreas 4 y 5)

Doctor en Ciencias Biológicas, especialista en innovación.

Colaborador del grupo de investigación PSINET (psicología, salud & internet). Miembro de la Red Española de Alfabetización para la Salud. Miembro del Comité Científico de FES.

José Ignacio Nieto García (corresponsable áreas 4 y 5)

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

Jorge de Vicente Guijarro (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 Sequera (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.

Jesús Aranz Andrés (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.

Javier Guerrero Fonseca (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 Máñez Ortiz (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.

Luis Alejandro Fernández Segundo (corresponsable área 10)

Licenciado en Ciencias Económicas por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Director de Gestión y Servicios Generales de Bidean Transporte sanitario de Navarra. Diploma en el Curso Superior de Instituciones Sanitarias por la UAM. Miembro del comité científico de FES.

Silvia Pérez González (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). Máster oficial en Investigación en Ciencias Sociosanitarias por la ULE. 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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	05
METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	07
ÍNDICE FES 2024.....	15
MEDIA NACIONAL.....	16
POR ÁREAS	22
ANÁLISIS POR ÁREAS.....	27
ANÁLISIS DE MEDIDAS CON MAYOR Y MENOR GRADO DE DESARROLLO.....	119
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES GENERALES	138

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Fundación Economía y Salud tiene como unos de sus objetivos fundamentales analizar y contribuir a mejorar el sector salud en España. Uno de sus proyectos más ambiciosos fue hacer un diagnóstico completo del sector salud en España, así como proponer de una manera consensuada de forma amplia líneas estratégicas, áreas de trabajo y medidas concretas para su mejora global. Este objetivo se cumplió gracias al trabajo de más de 300 expertos, dos reuniones bienales y diversas jornadas anuales.



Como consecuencia de cada uno de los 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 recomendaba 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 del libro anterior, 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. Salió a la luz en 2018, con 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 acciones y sus correspondientes indicadores, trabajo que fue ralentizado por la Pandemia del COVID-19.

Esta pandemia 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.



A la vista 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 se publicó en el año 2020 el libro **"106 medidas que mejoran el sector salud en España tras la pandemia COVID-19"**, el cual refleja la relación de medidas revisadas a la luz de la situación presente.

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. Esta es la razón de ser del actual proyecto, en su tercera edición, a través del cual llevamos a cabo un diagnóstico objetivo de situación para la mejora de la gestión de un Servicio de Salud.

Partiendo de estos documentos, expertos participantes en las anteriores ediciones de este proyecto trasladan las medidas publicadas en el último libro a un cuestionario de autoevaluación con el objetivo de que se pudiera hacer una aproximación al grado de cumplimiento de cada medida propuesta. Este cuestionario de autoevaluación se envió a los servicios de salud de cada una de las 17 CCAA de nuestro país para su respuesta, 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 primer informe de medias nacional ("**Informe de medias nacional año 2021**") con el resultado del grado de implementación de estas medidas a nivel nacional. Igualmente, en el año 2022 se envió un segundo cuestionario de autoevaluación a los servicios de salud de las 17 CCAA que dio lugar a la elaboración de informes autonómicos confidenciales y la presentación del "Informe de medias nacional año 2022".

En **esta edición de 2024**, se pretende dar seguimiento al trabajo realizado y continuar la labor de diagnóstico e implementación de medidas para la mejora del sistema sanitario. Así apoyamos al Sistema Nacional de Salud y a sus Servicios de Salud en su mejora continua de la calidad y eficiencia y en el incremento de la transparencia y la credibilidad de la acción pública. Esta herramienta ayuda a evaluar los desarrollos que se vienen realizando y, sobre todo, a orientar en la toma de decisiones para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos.

En conclusión, este proyecto está orientado a la macrogestión y 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.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

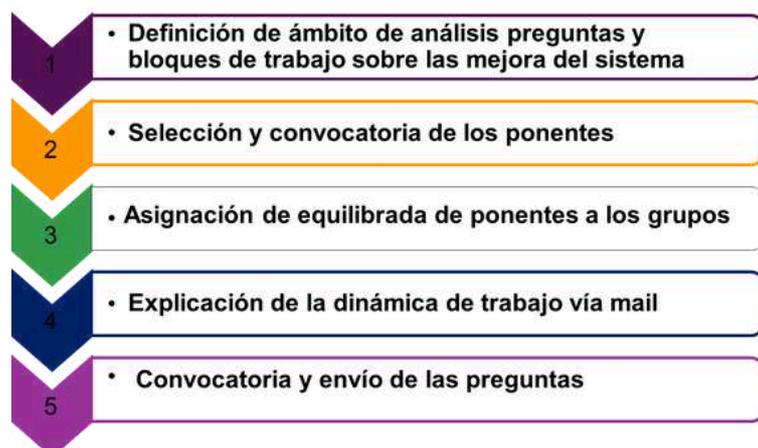
El Comité Científico de la Fundación Economía y Salud compuesto por más de 30 expertos en distintos ámbitos del Sistema de Salud trasladó a un cuestionario las diferentes medidas para la mejora del sistema de Salud que nuestra Fundación publicó en 2020 a través del libro **"106 medidas que mejoran el 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 retos y medidas de mejora del sector salud y se identificaban sus áreas de análisis y evaluación.

A continuación, se describe la metodología de trabajo empleada para la publicación de los documentos citados, lo que nos permitirá entender cómo hemos ido evolucionando en el proyecto.

Foro "100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud"

Como paso previo se seleccionó por el Comité Científico de la Fundación los ámbitos y áreas de trabajo en las que indagar, de manera que cubrieran todos los ámbitos del sector salud de manera exhaustiva. Se seleccionaron a los participantes por su perfil de expertos en cada uno de los ámbitos seleccionados, configurando un elenco muy variado de expertos para cada una de las áreas del sector salud. A los expertos se les envió la metodología y una ficha de trabajo previa. El trabajo previo al Foro se explicita en el siguiente esquema:



Este primer foro se desarrolló presencialmente 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, generaban ideas y propuestas por los participantes. Finalmente, cada grupo de trabajo aceptaba y priorizaba, por consenso, las propuestas, 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.

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 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 basándose en las líneas de acción priorizadas en el primer foro.

Los doce 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. El foro fue virtual y los encuentros por videoconferencia por la situación pandémica durante el año 2020.

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 este, un trabajo imprescindible para mejorar el sector.

La metodología de trabajo se expone a continuación:





Una vez publicado el documento anterior, se procedió a trasladar las medidas a indicadores que se enviaron como cuestionarios de autoevaluación a las CCAA para la realización de los Foros de evaluación de los sistemas de salud, de la cual este es la tercera edición.

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

Este fue el primer Foro de Evaluación. 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"**.

Se elaboraron 9 subíndices y un índice sintético que los agrupaba a todos, y 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.

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

Este fue el segundo Foro de evaluación. El Índice FES 2022 se simplificó 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 grado de cumplimiento de cada una de ellas, y se modificó el sistema de ponderación de cada medida, teniendo en cuenta las preguntas que definen la misma y su contribución al cumplimiento de la medida.

El cuestionario de autoevaluación para el año 2022 constaba de 92 apartados, y 308 preguntas. Estos apartados, coincidentes con medidas, puntuaban 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 CCAA 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.

Foro FES 2024 "Estudio para la mejora y eficiencia del sector salud 2024"

Para el índice FES 2024 se aplica el cuestionario del índice anterior, pero con modificaciones en la valoración de las respuestas. En los anteriores cuestionarios la valoración era dicotómica de sí o no, y en esta edición en la totalidad de las preguntas se incluyen varias respuestas posibles ordenadas según una escala Likert de 5 opciones (nada, poco, medio, mucho y todo), explicitándose los criterios para contestar según el grado cumplimiento de la medida. De esta manera, se ha conseguido ser todavía más precisos al medir el nivel de cumplimiento de cada medida y asignamos así una puntuación más objetiva y ponderada con el grado de implantación y desarrollo de la medida. La medición es más segura y el índice FES mucho más riguroso y, aunque, comparativamente hablando, con ediciones anteriores, se puede observar que la puntuación media baje, se ofrece una mejor visión de las oportunidades de mejora para cada servicio de salud y un mejor conocimiento del desarrollo de las medidas en cada CCAA.

Las Áreas en las cuales se han dividido las medidas siguen siendo 11:

ÁREA 1. MEDIDAS ASISTENCIALES GENERALES

ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

ÁREA 3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

ÁREA 4. EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE PARA PROMOVER LA SALUD Y PREVENIR DE LA ENFERMEDAD

ÁREA 5. ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

ÁREA 6. ATENCIÓN A DOMICILIO

ÁREA 7. EVALUACIÓN Y BENCHMARKING

ÁREA 8. SEGURIDAD DEL PACIENTE

ÁREA 9. SALUD LABORAL, CAPITAL HUMANO Y HUMANIZACIÓN DEL TRABAJO

ÁREA 10. COMPRAS Y GESTIÓN

ÁREA 11. BUEN GOBIERNO Y TRANSPARENCIA



En cada área hay una media de 8 medidas. Cada medida se mide por la combinación o suma de entre 2 y 6 indicadores, que son los que se preguntan en el cuestionario: un total de más de 300.

Para esta edición 2024 se envió el cuestionario de autoevaluación a las Consejerías de Salud de las CCAA y sus Servicios de Salud a finales de 2023 y principios de 2024 y se cerró el plazo de envío a finales de abril de 2024. Este año el cuestionario fue *en línea*, pudiéndose rellenar de manera segura por cada CCAA con un usuario y contraseña.

Se recibió respuesta de 10 CCAA. Los datos proporcionados por las CCAA son confidenciales y solo se hace pública la información relativa a la media nacional de cada medida. Posteriormente, cada CCAA y Servicio de Salud recibirá un informe confidencial con sus resultados comparados con los de la media nacional.

La exhaustividad y complejidad del cuestionario hace que completarlo suponga un esfuerzo importante y la Fundación Economía y Salud quiere reconocer, y agradecer el tiempo y dedicación de las personas que se han encargado de recopilar la información en cada CCAA participante.

Una vez recibida la información por parte de las CCAA, los coordinadores generales del proyecto enviaron los resultados de cada área a los coordinadores de su área correspondiente para su análisis y elaboración del informe. Este trabajo conjunto enriquece enormemente el informe puesto que los coordinadores de área, todos miembros del comité científico de la FES, son verdaderos expertos con mucha experiencia en su área.



ÍNDICE FES 2024



MEDIA NACIONAL



ANÁLISIS DE LA PUNTUACIÓN

5,88 (sobre 10) de media entre las 10 CCAA participantes es un buen dato que confirma que el Sistema Nacional de Salud Español, constituido por los Servicios de Salud de las diferentes CCAA, desempeña bien su trabajo con carácter general y cumple con los objetivos de atender con calidad a las personas. Dicho esto, existen oportunidades de mejora importantes que en este informe van a quedar más definidas tanto cualitativa como cuantitativamente.

Esta puntuación es una síntesis de la suma de todas las áreas estudiadas, 11 en total, y representa, por tanto, una media que engloba la valoración de aspectos de muy diferente naturaleza con pesos distintos en el funcionamiento del SNS (asistencial, económico o relacionados con los recursos humanos, la transparencia, la evaluación, el benchmarking, entre otros) y, por ello, de una comparativa compleja.

En este contexto, y más allá de que la media general del índice resulte un buen termómetro del estado salud del SNS, resulta más ilustrativo centrarse en los resultados de cada área estudiada que analiza conceptos concretos de la misma naturaleza y que permite conocer el grado de desarrollo de cada medida específica del área.

Aclaraciones:

- La puntuación del Índice FES 2024 baja con respecto al Índice FES 2022. Ello es debido a una mayor concreción en los parámetros de respuesta que miden el grado de cumplimiento y desarrollo de cada medida.

En ediciones anteriores, las respuestas proporcionadas para elaborar el índice permitieron obtener evoluciones comparativas que arrojaron gran información de resultados en salud. Estas evaluaciones han sido relevantes para obtener información que ha facilitado el diseño de estrategias eficaces. A través de las mejoras en diversas intervenciones sanitarias, el sector salud en España ha avanzado considerablemente.

Ante los positivos resultados obtenidos, el Comité Científico de la Fundación Economía y Salud valoró la posibilidad de profundizar en el detalle de la información requerida y efectuar un análisis que permitiera medir de manera más precisa el grado de cumplimiento e implantación de cada medida, así como su desarrollo real. Fruto de esta valoración, se decidió ajustar el cuestionario con el objetivo de conseguir obtener más datos que permitieran conocer en mayor profundidad las oportunidades de mejora que el sistema sanitario pudiera necesitar para seguir avanzando con fuerza.

Este objetivo exigía alcanzar mayor precisión. De esta forma, en esta edición 2024, las respuestas permiten obtener una información más precisa, y por tanto, mejorada. Y si bien la puntuación del Índice FES 2024 arroja una puntuación inferior con respecto a la puntuación obtenida en el Índice FES 2022, esto se debe a una mayor concreción en los parámetros de respuesta que miden el grado de cumplimiento y desarrollo de cada medida.

Dicho lo anterior, sería erróneo concluir que la bajada de puntuación del índice supone un empeoramiento del SNS. El índice FES 2024 permite mostrar líneas estratégicas de mejora más ambiciosas y acordes con los positivos avances de nuestro sistema sanitario.

- Pese a que el porcentaje de participación por las autonomías no ha sido del 100%, se ha llegado a un porcentaje cercano al 60% del Sistema Nacional de Salud que representan las 10 Comunidades Autónomas participantes, lo que se considera un peso notable de cara a la elaboración de un índice de medias nacional.

No obstante, 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.

Son pocos los estudios españoles que proporcionan evidencia científica para aumentar el desempeño gestor y asistencial por parte de las CCAA. Este informe viene a completar un vacío que permite obtener conclusiones veraces sobre el desempeño en las áreas de estudio de los servicios de salud.

Este año han participado 10 CCAAs una menos que el año anterior. La exhaustividad y complejidad del cuestionario hace que completarlo suponga un esfuerzo importante y la Fundación quiere reconocer y agradecer el tiempo y dedicación de las personas que se han encargado y contribuyeron a recopilar la información para rellenarlo en cada Comunidad Autónoma.

COMENTARIOS GENERALES SOBRE LAS ÁREAS Y SU EVOLUCIÓN.

El área que ha conseguido una puntuación más elevada con respecto al resto de áreas ha sido el área 6 “Atención a Domicilio” con un puntaje de 6,87 (base 10).

Esta mejor puntuación es una magnífica noticia para el SNS porque la tendencia actual es precisamente hacia una mayor atención ambulatoria basada en procesos que permitan, en la mayor medida posible, que el ciudadano reciba la atención sanitaria en su entorno habitual o lo más cerca posible del mismo. Este aspecto se ha demostrado muy positivo en el sentido de que mejora la seguridad del paciente y evita riesgos relacionados con la hospitalización, como pueden ser, entre otras, las infecciones nosocomiales.

A la luz de los resultados, resulta claro que esta línea de trabajo es importante en los Servicios de Salud actuales donde además el impulso de las nuevas tecnologías, como las consultas no presenciales, fomentan el desarrollo de esta área.

Destaca en esta área el desarrollo de la hospitalización a domicilio y los cuidados paliativos a domicilio, donde los servicios de salud obtienen una puntuación muy alta. También el informe refleja que los aspectos sociales se tienen muy en cuenta en la atención a domicilio. La adecuación de los recursos humanos y materiales en este ámbito resulta la parte más susceptible de mejora.

La segunda área que ha obtenido mayor puntuación es el área 2 “Atención Primaria y Comunitaria” con una puntuación de 6,77 (base 10), lo cual refleja el esfuerzo de los servicios de salud en estos años post pandemia COVID para reforzar la atención primaria y comunitaria. En prácticamente todos los servicios de salud ha habido incrementos en los recursos humanos dedicados a la atención primaria y comunitaria, reduciéndose las ratios poblacionales de los facultativos, enfermeras y otras categorías profesionales en atención primaria.

Destaca como dato significativo que todos los servicios de salud participantes han impulsado la designación de profesionales de atención primaria responsables de la supervisión y control de centros sociales y residencias. Destacan también los esfuerzos empleados en conseguir una mayor adecuación a los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), existiendo cada vez más concienciación para, por ejemplo, tener en las máquinas expendedoras en los centros sanitarios alimentos y bebidas más saludables. Los resultados arrojan también un mayor interés en actuaciones de desarrollo sostenible en la Comunidad por parte de los servicios de salud.

La tercera área con mayor puntuación es el área 1 “Medidas asistenciales generales” con una puntuación 6,36 (base 10). Destacan en esta área la organización de los servicios de referencia y el trabajo en red, el esfuerzo por mejorar la conciliación farmacéutica y las acciones para disminuir la variabilidad de la práctica clínica. Todos ellos aspectos que pueden mejorar el desarrollo de las decisiones compartidas con los pacientes y las estrategias “no hacer”, así como fomentar y desarrollar buenas prácticas en los servicios de salud.

La cuarta área con más puntuación corresponde al área 3 “Gestión de la Información y Nuevas tecnologías” que obtiene 6,23 puntos (base 10). En esta área, se destacan los esfuerzos de los servicios de salud por tener una elevada ciberseguridad de sus aplicativos informáticos, así como el desarrollo muy amplio de canales de comunicación asistenciales bidireccionales con los ciudadanos y las consultas no presenciales.



Los sistemas de información se hacen cada vez más flexibles para atender las necesidades de los profesionales, así como la captura de la información clínica automatizada que cada vez es mayor. Como aspectos a mejorar destacamos la consecución de un mayor acceso a la historia clínica electrónica en centros sociales y sanitarios.

La quinta área con mayor desarrollo es el área 4 “Empoderamiento del paciente para promover la salud y prevenir la enfermedad” con 6,18 (base 10). En la mayoría de los servicios de salud encuestados se ha apostado por desarrollar escuelas de pacientes, y casi todos tienen también portales de salud accesibles a los ciudadanos e historias de salud interoperables a las que puede acceder el paciente. También destaca la colaboración entre los ámbitos sanitarios y educativos para garantizar que los estudiantes españoles reciban información sobre salud y hábitos saludables. En esta área, las mejoras que más se necesitan son las habilidades de comunicación de los profesionales, y la implantación de planes de humanización de la atención sanitaria.

La sexta área con mayor puntuación es la número 10 “Compras y gestión” que obtiene 5,87 puntos (base 10), en la que destacan la estrategia de compras centralizadas a través de centrales de compras en los servicios de salud, la buena gestión de los residuos, así como el desarrollo de la economía circular y la capacidad de obtención de fondos de financiación externos, que estos años se ha visto incrementada como consecuencia de un aumento de los puestos a disposición por parte de la Unión Europea. Como asignatura pendiente, destacamos que siguen sin implementarse los fondos para imprevistos o inversiones de amplio impacto.

La séptima área en el ranking de puntuación sería el área 8 “Seguridad del Paciente” con una puntuación de 5,65 (base 10). En esta área destacan como puntos fuertes los esfuerzos para prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, campo en el que todos los servicios de salud encuestados están trabajando, así como el desarrollo de las estrategias de seguridad del paciente. Por el contrario, como aspectos a mejorar, llama la atención la baja implantación de acreditaciones y certificaciones de calidad relacionadas con la seguridad del paciente, así como la formación de los profesionales en seguridad del paciente y la implantación de buenas prácticas en esta área.

La octava área con más desarrollo ha sido el área 5 “Atención y coordinación social y sanitaria” que obtiene 5,56 puntos (base 10).

Se destaca positivamente la extensión de la vigilancia epidemiológica en residencias, así como la implantación de equipos sanitarios en las mismas con capacidad de prescripción y la planificación de camas de cuidados medios. Aún hay mucho margen de mejora en el fomento del trabajo en equipo entre profesionales del sector social y sanitario.

La novena área con mayor desarrollo es el Área 7 “Evaluación y Benchmarking” con una puntuación de 5,35 (base 10) donde destaca positivamente la existencia de indicadores que comparan los resultados de profesionales sanitarios entre ellos, entre servicios clínicos y entre centros sanitarios. En esta área, los aspectos a mejorar serían la evaluación y medición del impacto de las intervenciones del sistema de salud en los ámbitos social, económico y medioambiental. Los resultados de las evaluaciones tecnológicas deberían estar más fácilmente disponibles para los profesionales.

La penúltima área en grado de desarrollo es el área 11 “Buen Gobierno y Transparencia” con 5,02 puntos (base 10). En esta área destacan los portales de transparencia, los cuales han sido implantados por casi todas las CCAA, así como observatorios de resultados de los servicios de salud. Se notan esfuerzos para nombrar a directivos en función de currículum y experiencia. Los resultados muestran la existencia de un déficit en la implementación de planes de salud estratégicos, así como bajo desarrollo de la gestión clínica.

La última área en puntuación coincide con la última área de desarrollo de la edición anterior y es el área 9 “Salud Laboral, capital humano y humanización del trabajo” con 4,79 puntos (base 10). En esta área la prevención de riesgos laborales aprueba, pero hay mucho margen de mejora en la elaboración e implantación de incentivos tanto económicos como no económicos asociados con la estrategia y los resultados.



ANÁLISIS POR ÁREAS

ÁREA 1. MEDIDAS ASISTENCIALES GENERALES	6,36
ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA	6,77
ÁREA 3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS	6,23
ÁREA 4. EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE PARA PROMOVER LA SALUD Y PREVENIR LA ENFERMEDAD	6,18
ÁREA 5. ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA	5,56
ÁREA 6. ATENCIÓN A DOMICILIO	6,87
ÁREA 7. EVALUACIÓN Y BENCHMARKING	5,35
ÁREA 8. SEGURIDAD DEL PACIENTE	5,65
ÁREA 9. SALUD LABORAL, CAPITAL HUMANO Y HUMANIZACIÓN DEL TRABAJO	4,79
ÁREA 10. COMPRAS Y GESTIÓN	5,87
ÁREA 11. BUEN GOBIERNO Y TRANSPARENCIA	5,02

Leyenda:

Área con mayor grado de desarrollo

Área con menor grado de desarrollo



ANÁLISIS DE CADA UNA DE LAS MEDIDAS

ÁREA 1. MEDIDAS ASISTENCIALES GENERALES	6,36
Medida 1. Estrategias “no hacer”, evitar hacer lo innecesario	5,15
Medida 2. Buenas prácticas del Servicio de Salud y asistenciales	5,85
Medida 3. Mejorar el nivel de resolución (productividad)	6,91
Medida 4. Atención basada en valor: Resultados como base de toma de decisiones	6,60
Medida 5. Acciones para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica	6,97
Medida 6. Conciliación farmacéutica	7,09
Medida 9. Servicios de referencia y funcionamiento en red	7,15
Medida 10. Decisiones compartidas con los pacientes	5,06
ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA	6,77
Medida 12. Continuidad asistencial garantizada	7,33
Medida 15. Accesibilidad y eficiencia de los procesos sanitarios. Ambulatorización.	6,54
Medida 16. Estratificación poblacional de pacientes de riesgo y complejos	6,44
Medida 21. Actuaciones en la Comunidad	7,32
Medida 22. Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria	5,82
Medida 42. Cuidar al cuidador	6,28
Medida 45. Responsables en Atención Primaria para los centros sociales y residencias	8,75
Medida 97B. Adecuación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible	7,10
ÁREA 3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS	6,23
Medida 18. Acceso a la historia clínica en centros sociales y residencias	5,00
Medida 25. Captura de información clínica automatizada	7,13
Medida 27. Ciberseguridad	7,95
Medida 28. Canales de comunicación bidireccionales entre sanitarios y ciudadanos	7,58
Medida 31. Gobierno y calidad del dato	5,23
Medida 32. Analítica para la gestión del Servicio de Salud (big data, IA y/o modelos predictivos)	4,45
Medida 32.1. Modelos analíticos para vigilancia epidemiológica	5,40
Medida 33. Sistemas de información flexibles	7,50



ÁREA 4. EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE PARA PROMOVER LA SALUD Y PREVENIR LA ENFERMEDAD	6,18
Medida 34. Portal de la salud accesible	6,88
Medida 35. Historia de salud interoperable e interactiva	6,79
Medida 36. Portal Educación y promoción de la salud	6,20
Medida 37. Colaboración entre el sector Salud y el sector Educativo	6,31
Medida 38. Perspectiva biopsicosocial en atención clínica	5,80
Medida 49. Plan de humanización	5,31
Medida 50. Competencias en comunicación	4,65
Medida 75. Escuela de pacientes	7,44
ÁREA 5. ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA	5,56
Medida 23. Capacidad de los centros residenciales ante epidemias o pandemias	4,88
Medida 39. Atención sanitaria y social coordinada	5,88
Medida 40. Camas de cuidados medios (media estancia o convalecencia)	6,15
Medida 43-44. Fomentar trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios	4,04
Medida 46. Equipos sanitarios en residencias con capacidad de prescripción	6,09
Medida 48. Integración de la historia clínica electrónica y la historia social	5,33
Medida 51. Figura del gestor de casos	6,00
Medida 52. Vigilancia epidemiológica en residencias	6,95
Medida 81. Seguimiento de buenas prácticas en centros sociales para una gestión preventiva	5,31
ÁREA 6. ATENCIÓN A DOMICILIO	6,87
Medidas 41 y 54. Atención domiciliaria integrada sanitaria y social	7,43
Medida 53. Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes)	6,80
Medida 55. Ampliar el ámbito de actuación domiciliaria en función de las diferentes modalidades ambulatorias	6,47
Medidas 56 y 59. Herramientas para la mejora de la atención a domicilio. Gestión de casos.	6,94
Medidas 57 y 58. Adecuación de los Recursos Humanos y Materiales	5,13
Medida 60. Sistematizar la atención domiciliaria	6,19
Medida 61. Mapa competencial en Atención a Domicilio	5,86
Medida 62. Hospitalización a Domicilio y Cuidados paliativos en el domicilio	8,53
ÁREA 7. EVALUACIÓN Y BENCHMARKING	5,35
Medida 63. Coordinación con agencias de evaluación sanitaria	5,75
Medida 64. Disponibilidad de resultados evaluaciones tecnológicas	3,75
Medida 65. Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica	5,08
Medida 67. Indicadores triple meta en el Servicio de Salud	7,00



Medida 70. Evaluación del Impacto económico en sanidad de factores de riesgo	4,13
Medida 71. Medición del Impacto de las Intervenciones en salud en el ámbito social, económico y medioambiental	3,50
Medida 76. Evaluación de riesgos de las nuevas tecnologías	5,35
ÁREA 8. SEGURIDAD DEL PACIENTE	5,65
Medida 72. Impulso estrategia para la Seguridad del Paciente	7,06
Medida 72A. Formación y competencia profesional en Seguridad del Paciente	4,50
Medida 73. Buenas prácticas en Seguridad del Paciente	4,75
Medida 73A. Prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)	7,38
Medida 73B. Seguridad del medicamento y del producto sanitario	5,88
Medida 74. Gestión de eventos adversos	6,84
Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con Seguridad del Paciente	1,94
ÁREA 9. SALUD LABORAL, CAPITAL HUMANO Y HUMANIZACIÓN DEL TRABAJO	4,79
Medida 13. Ratios y movilidad profesional	5,04
Medida 77. Bienestar emocional de los profesionales	4,80
Medida 78. Conciliación familiar del profesional sanitario	4,00
Medida 79. Prevención de Riesgos Laborales	6,23
Medida 83 y 85. Incentivos alineados con la estrategia y los resultados	3,56
Medida 84. Liderazgo participativo y comprometido	4,95
Medida 86. Clima laboral positivo	4,88
Medida 87. Incentivación no económica	4,13
Medida 88. Meritocracia y Evaluación periódica de competencias	5,19
ÁREA 10. COMPRAS Y GESTIÓN	5,87
Medida 80. Desarrollo del sector industrial para fabricación de equipos y productos sanitarios	5,00
Medida 89. Estrategia Compras Centralizadas	7,23
Medida 90. Capacidad de gestión de financiación externa: Fondos MRR, Ministerio, Farmaindustria...	6,31
Medida 93. Mecanismos de compra innovadora ante compra compleja	5,08
Medida 95 y 97. Planes de eficiencia energética y gestión medioambiental	5,17
Medida 96. Gestión de residuos y otras externalidades. Economía circular en la producción sanitaria.	6,60
Medida 98. Proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos	6,46
Medida 99. Fondos de inversión de alto impacto	3,90



ÁREA 11. BUEN GOBIERNO Y TRANSPARENCIA	5,02
Medida 11. Gestión Clínica	4,38
Medida 100. Directivos sanitarios acreditados en función de méritos	5,19
Medida 102. Autonomía de gestión de centros sanitarios	4,25
Medida 103. Observatorio de resultados en el Servicio de Salud	5,75
Medida 104. Plan de salud actualizado en contingencias frente a pandemias y epidemias	3,50
Medida 105. Plan estratégico del Servicio de Salud	4,75
Medida 106. Portal transparencia en Salud Pública para prevención, epidemias, protocolos y resultados en salud	6,38



ANÁLISIS POR ÁREAS

ÁREA 1. MEDIDAS ASISTENCIALES GENERALES

1. Descripción e importancia del área

La sanidad pública se fundamenta en el ofrecimiento de asistencia médica eficaz y eficiente que mejore la calidad de vida de la población. Más allá de la atención directa, los sistemas de salud deben priorizar la prevención y promoción de la salud para reducir la incidencia de enfermedades, lo cual es esencial para lograr un sistema más sostenible y eficiente. En este contexto, las “Medidas Asistenciales Generales” cumplen un papel crucial, actuando como indicadores y facilitadores de calidad en la atención sanitaria.

Las medidas comprendidas en esta área buscan optimizar la asistencia sanitaria a través de diferentes enfoques:

ÁREA 1. MEDIDAS ASISTENCIALES GENERALES

Medida 1. 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 6. Conciliación farmacéutica

Medida 9. Servicios de referencia y funcionamiento en red

Medida 10. Decisiones compartidas con los pacientes

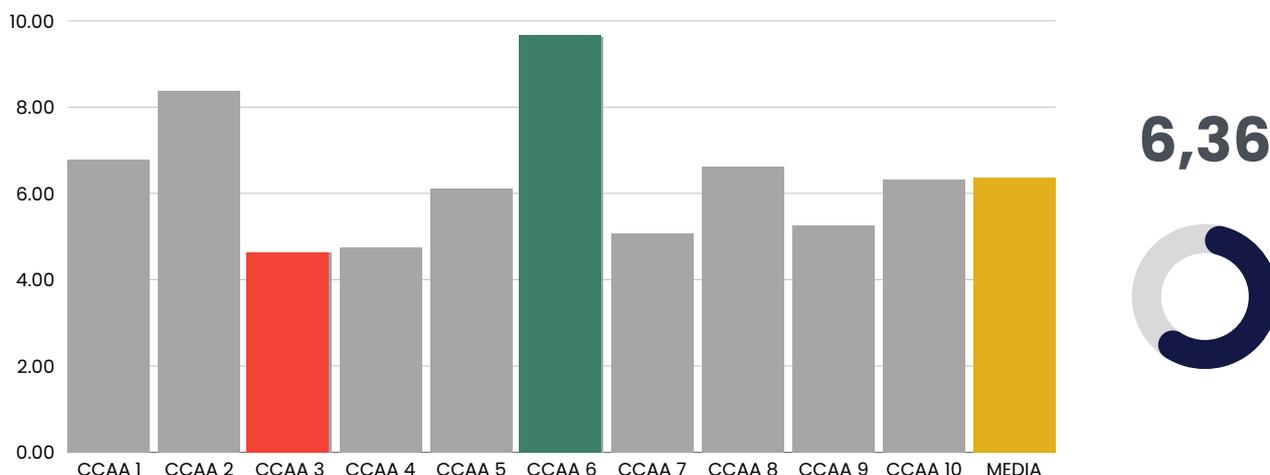
La efectividad de estas medidas se refleja no solo en la mejora directa de la salud de los pacientes, sino también en la optimización de recursos y en la promoción de una cultura de cuidado preventivo y personalizado. Este enfoque integral es esencial para un sistema de salud que se enfrenta a desafíos constantes y cambiantes, garantizando así un servicio que responde adecuadamente a las necesidades de la comunidad.

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

2.1. Valoración

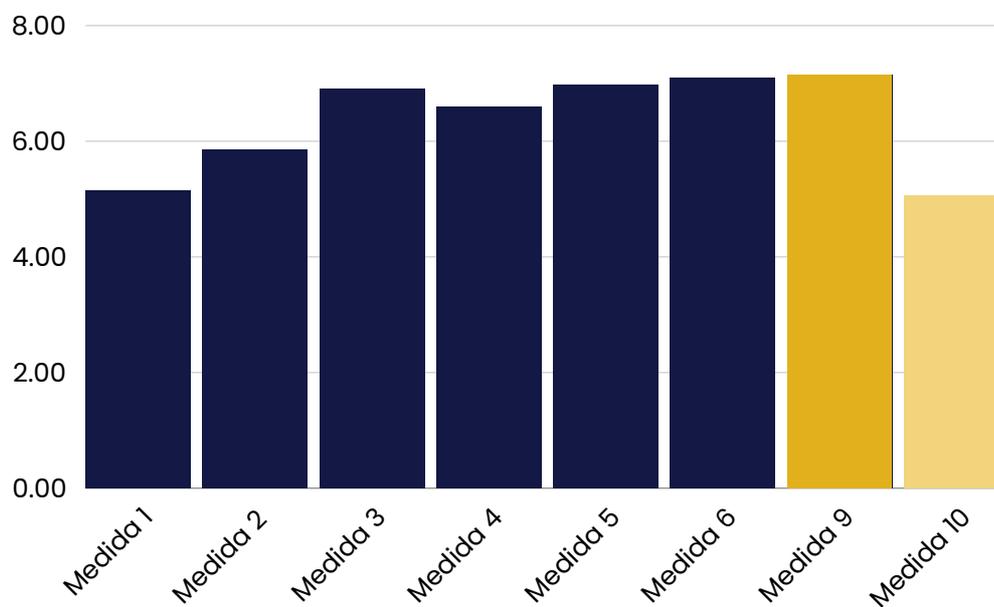
El análisis de las "Medidas Asistenciales Generales" en el SNS revela un panorama variado en cuanto a la implementación y cumplimiento de las mismas entre las distintas CCAA. Los datos indican que la media general es de 6,36 sobre 10, lo que muestra una implementación moderada de estas medidas clave en la mayoría de las comunidades.

La CCAA que destaca con la puntuación más alta alcanza un promedio de 9,62 sobre 10, lo que refleja un alto grado de cumplimiento y eficacia en la implementación de las medidas asistenciales. En contraste, algunas comunidades presentan puntuaciones promedio de 4,63 y 4,75 sobre 10 respectivamente, indicando un área de mejora en la implementación de dichas estrategias.



El desempeño en medidas individuales también muestra diferencias significativas. Por ejemplo, la Medida 1 (Estrategias "no hacer") tiene una media de 5,15 (base 10), lo que indica una necesidad generalizada de enfocarse más en la eliminación de procedimientos innecesarios. Del mismo modo la Medida 10 (Decisiones Compartidas) alcanza una valoración promedio que no llega al 5,06 siendo necesario impulsar la incorporación de herramientas que faciliten un diálogo constructivo con los pacientes que permita la incorporación de sus preferencias en las decisiones sobre su salud.

Por otro lado, medidas como la Medida 6 (Conciliación farmacéutica) con una puntuación media de 7,09 y la Medida 9 (Servicios de referencia y funcionamiento en red) con una media de 7,15, tienen un desempeño mejor, sugiriendo una adopción más uniforme de estas prácticas.



2.2. Recomendaciones

A la vista de los resultados obtenidos y tras un análisis pormenorizado de los mismos, se estructuran las recomendaciones en dos grupos. Aquellas dirigidas a las CCAA que han obtenido una puntuación media por debajo de la media nacional, así como las dirigidas a CCAA cuya implementación de las referidas medidas supone un desempeño por debajo de la media. Este sentido:

Recomendaciones para CCAA con bajo desempeño:

- Promover la Adopción de Buenas Prácticas: Compartir protocolos y buenas prácticas entre comunidades puede ayudar a elevar los estándares de servicio y asistencia, especialmente en aquellas comunidades con puntuaciones más bajas.

Recomendaciones para CCAA con alto desempeño:

- Sustener y ampliar el alcance de las medidas exitosas: Para comunidades como la 10 y 1, que han demostrado un alto cumplimiento, es importante mantener el nivel de excelencia y buscar la expansión de estas prácticas a otras áreas de atención.

- Liderar en Innovación y Colaboración: Estas comunidades pueden servir como referencia y motor de innovación, colaborando en proyectos nacionales para la mejora continua de las medidas asistenciales.
- El esfuerzo conjunto entre todas las CCAA para alcanzar y superar la media nacional no solo mejorará la calidad del servicio en cada comunidad, sino que también fortalecerá el sistema de salud en su conjunto, haciéndolo más resiliente y capaz de enfrentar los retos futuros.

En relación con las diferentes medidas, según el grado de implantación en cada CCAA, las recomendaciones generales propuestas son las siguientes:

- **Medida 1 (estrategias “No Hacer”):** Incrementar la Evaluación, Formación y Sensibilización. Es crucial, por un lado, evaluar el grado de implantación de las estrategias No Hacer y proporcionar un *feedback* continuado a los profesionales. Para ello es necesario adaptar los sistemas de información de forma que faciliten el seguimiento a través de indicadores de la implantación de la Estrategia No Hacer. Del mismo modo, es necesario aumentar la capacitación en dichas estrategias “no hacer” para minimizar prácticas innecesarias, facilitando herramientas de ayuda que faciliten al profesional asistencial la adecuada toma de decisiones. Por último, es necesario poner en marcha campañas de educación sanitaria dirigidas a los pacientes y ciudadanos que permitan disminuir la presión social, cambiando la cultura del “más es mejor” e informando a los pacientes tanto de los riesgos como de los beneficios de las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas. Todas estas acciones conllevan no solo a mejorar la calidad y seguridad de la atención, sino que también optimiza los recursos.
- **Medida 2 (buenas prácticas):** Impulsar la adopción de protocolos y procedimientos es un elemento crucial en la disminución de la variabilidad en la práctica clínica, pero ha de ir acompañado de un cambio de modelo de organizaciones verticales a organizaciones horizontales, orientadas a la gestión por procesos y no solo a la gestión de los procesos. Además, se ha de trabajar especialmente en las interfases entre procesos, ya que es en estos momentos cuando hay más problemas tanto de calidad como de seguridad asistencial. Es, por tanto, importante poner el foco en las transiciones del paciente a lo largo del sistema sanitario y a las transiciones entre servicios, unidades, niveles asistenciales y centros asistenciales.

- **Medida 3 (nivel de resolución):** En los últimos años, especialmente tras la pandemia por COVID-19, se ha hecho un considerable aporte de recursos sanitarios al sistema, si bien todavía las listas de espera son superiores a lo que tanto la población como los profesionales consideran adecuado. Se hace necesario evaluar la eficiencia del sistema, mejorando la capacidad de resolución no solo del ámbito quirúrgico y de atención primaria, sino de pruebas diagnósticas, tratamientos farmacológicos, no farmacológicos, etc. Creemos que es necesario dar un paso más hacia la contabilidad analítica que permita, junto con la evaluación de PROMs, conocer el valor de la atención sanitaria que prestamos.
- **Medida 4 (Atención Basada en valor):** Si bien la puntuación en esta medida es media, es necesario realizar un esfuerzo para incorporar medidas de resultados reportadas por los pacientes (PROMs) así como medidas de experiencia de los usuarios (PREMs) de una forma sistemática como metodología de evaluación del resultado de los servicios sanitarios. Además, esta evaluación puede permitir tener una perspectiva de equidad territorial ajustada por casuística, dado que permite ver si los resultados obtenidos para pacientes similares son los mismos independientemente del nivel del centro sanitario en que se atiende. Del mismo modo, permite evaluar nuevas formas de organizar los procesos asistenciales, y evaluar la relación coste/beneficio si conjugamos este modo de evaluación con el análisis económico de los procesos asistenciales.
- **Medida 5 (Variabilidad en la práctica clínica):** La variabilidad no deseada (no debida a condicionantes específicos de los pacientes) supone no solo un gasto innecesario, sino un riesgo para la seguridad de los propios pacientes, con lo que se hace necesario trabajar sobre esta medida. En aquellos casos en los que hay un mayor grado de incertidumbre en cuanto a la indicación de intervenciones sanitarias, esta variabilidad viene condicionada tanto por la oferta de servicios como por el estilo de práctica profesional. Esta variabilidad viene condicionada tanto por la oferta de servicios como por el estilo de práctica profesional, por lo que en ambos casos los servicios de salud tienen un amplio margen de trabajo. Además, herramientas como el Atlas de Variabilidad de la Práctica Médica, permiten conocer las tasas de utilización de diferentes intervenciones en el área sanitaria, siendo una importante fuente de información para los gestores sanitarios.

- **Medida 6 (Conciliación farmacéutica):** Esta medida es una de las que alcanza una mayor puntuación dado que el apoyo a las decisiones farmacológicas se ha visto claramente impulsado con la existencia de herramientas informática. Sin embargo, se ha determinado que hasta un 67% de las prescripciones médicas tienen uno o más errores y que de estos, un 46% ocurren en el ingreso y en el alta hospitalaria, es decir en la transición de los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales. Es necesario dedicar recursos (tanto profesionales como de formación y herramientas de ayuda) que permitan evaluar y trabajar en la línea que marca la Organización mundial de la Salud (OMS) en el tercer reto mundial por la seguridad del paciente “Medicación sin Daño”, cuyas áreas prioritarias son las transiciones asistenciales, la polimedicación inapropiada y las situaciones de alto riesgo. La conciliación farmacéutica es un elemento crucial para implantar de forma oportunista (especialmente al ingreso y alta del paciente) como de forma sistemática, en el ámbito de la atención primaria, donde hay estudios que recogen que más de un 50% de los pacientes mayores de 65 años están polimedificados.
- **Medida 9 (Servicios de referencia):** Esta es una medida con un alto grado de implantación, pero consideramos necesario que más allá de la existencia de una infraestructura de red y de la existencia de protocolos de derivación entre centros, los servicios de salud lleven a cabo iniciativas dirigidas a evaluar, garantizar y mejorar la accesibilidad de los todos los pacientes a dichas unidades de referencia.
- **Medida 10 (Decisiones compartidas).** Este es un área de trabajo futuro que ha de impulsarse claramente. El perfil de los pacientes ha cambiado, dado no solo el cambio cultural del usuario-paciente por usuario-consumidor, sino también por el acceso a la información que ha supuesto la “democratización” de los medios digitales. Por ello, es imprescindible incorporar herramientas de ayuda que permiten la incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones, especialmente en el caso de pacientes crónicos.

ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

1. Descripción e importancia del área

La Atención Primaria y Comunitaria se ha revelado como un área fundamental en la Gestión Sanitaria. Prueba de ello son los numerosos documentos, planes, estrategias y líneas de actuación desarrolladas por los distintos organismos, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), Europa, Ministerio de Sanidad y todas las CCAA y otras organizaciones locales como Diputaciones o Ayuntamientos.

Algunos de los documentos imprescindibles a la hora de analizar la Atención Primaria como concepto y situación son *Implementing the primary health care approach* elaborado por la OMS y *Primary Health Care Transformation in Spain and Current Challenges*, también de la OMS, 2023. Y a nivel español, el *Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023*, dentro del *Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria* del Ministerio de Sanidad, son clara muestra del interés y percepción de la necesidad de los macrogestores por este ámbito de la atención sanitaria. Estos son solo algunos de los marcos conceptuales más importantes en los que nos movemos en Gestión Sanitaria relacionada con la Atención Primaria y Comunitaria.

La Atención Primaria y Comunitaria desempeña un papel fundamental en la construcción de un sistema sanitario de alta calidad.

En Atención Primaria y Comunitaria, la calidad está unida a la buena gestión, donde la prestación eficiente de servicios, clínicamente eficaz, segura y centrada en el paciente, son imprescindibles. Como recogen Papanicolas et al. (2022), en Atención Primaria, la eficacia, la experiencia de los usuarios y la seguridad de la atención son indivisibles. Los ciudadanos perciben una mejor experiencia y atención cuando son escuchados. A su vez, esto es imprescindible para la seguridad de la atención, y esta escucha y seguridad, suelen mejorar la eficiencia de los recursos utilizados, tanto farmacológicos, como diagnósticos o de cargas de tareas a profesionales sanitarios.



La OMS publica la importancia de que los proveedores de Atención Primaria se adhieran a las 4C: contacto inicial con el sistema, continuidad, integral (comprehensiveness) y coordinada como aspectos que mejoran los resultados de la asistencia sanitaria.

Estas 4C indicadas por la OMS, son pilares fundamentales en la meso y microgestión en toda la Atención Primaria en España, desde los cupos a las zonas básicas de salud.

Contar con equipos de atención primaria encargados específicamente de cumplir las 4C se asocia con menores tasas de mortalidad, reducción de las disparidades sanitarias, desigualdades en salud, aumento de la esperanza de vida con buena salud, mejoría en la prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares, diabetes y otras afecciones crónicas, con una reducción de la brecha socioeconómica en la mortalidad.

Una Atención Primaria más fuerte ha demostrado también tasas más bajas de cardiopatías, cáncer de cuello uterino, ictus, ingresos hospitalarios (crónicos y agudos), bajo peso al nacer, embarazos en adolescentes y una mejor salud percibida.

Los estudios también nos demuestran que, cuando los médicos y las enfermeras de Atención Primaria colaboran y se amplía el papel de las enfermeras, la calidad de la atención mejora. Se ha demostrado una mejor gestión de la presión arterial y una reducción de las hospitalizaciones, mejor gestión de algunas enfermedades crónicas, mejora en los autocuidados de la población, etc. cuando la prestación de servicios es dirigida por enfermeras en el ámbito comunitario.

Las amenazas que se ciernen sobre la Atención Primaria y Comunitaria de España no son distintas de las que acontecen en el resto del mundo: Envejecimiento de la población y de los profesionales, insuficiente recambio generacional, y, en definitiva, insuficiente número de profesionales sanitarios cualificados. Esto hace que la gestión relacionada con el capital humano sea un asunto clave para el futuro de la gestión sanitaria, como se aborda en el Área 9 del presente informe.

España dispone de fortalezas culturales que impactan en la Atención Primaria y Comunitaria, a diferencia de otros países. Una zonificación que viene de décadas, trabajo en equipos multiprofesionales, dotación de recursos tecnológicos, historia clínica electrónica, continuidad y longitudinalidad de los



usuarios con los profesionales y una población con una cultura eminentemente comunitaria basada en la familia, las relaciones sociales, los barrios, son fortalezas que en parte han supuesto la eficiencia del sistema español. Estos aspectos, recogidos por Carai et al. (2021), hace décadas que España los tiene instaurados.

Adolecemos, sin embargo, de una selección de los profesionales con formación previa en algunos estamentos como la enfermería, algo difícil de entender cuando disponemos de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria desde hace años. Sin embargo, permitimos que parte de los Médicos Especialistas de Familiar y Comunitaria se desplacen hacia la atención en urgencias, hospitalarias y extrahospitalaria, en busca de mejoras salariales no disponibles en Primaria.

En 2023 el Gobierno reconocía a su vez la importancia de la especialidad propia de urgencias, y aprobaba el proyecto de Real Decreto (RD) por el que se establece el título de especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias. Esto facilita que la nueva especialidad tenga una “formación común” con la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

En relación con las Enfermeras Especialistas en Atención Familiar y Comunitaria, si bien hace décadas que el SNS español y sus Servicios de Salud, forman enfermeras especialistas en este ámbito, aún son excesivas las CCAA que no contratan a estas especialistas. La incorporación de profesionales especializados en el ámbito comunitario, como nuestros MIR y EIR, están asociados con tasas más bajas de mortalidad prematura por todas las causas y por causas específicas.

En España hemos disfrutado de aspectos que han facilitado la precoz instauración de medidas recomendadas por los organismos internacionales. No obstante, nos está costando evolucionar, desaprender y avanzar en otros aspectos que nos resultan más reticentes. Esto puede suponer un gran peligro para el correcto desempeño de las medidas de esta Área 2 en los próximos años.

La bibliografía señala claramente la necesidad de tener en cuenta múltiples factores, como la formación y remuneración adecuadas de los trabajadores sanitarios, la financiación y la gobernanza del sistema sanitario para mejorar de forma sostenible la experiencia del usuario como dimensión de la calidad. Boggan et al., (2020).



A continuación, se describen aquellas medidas que hemos seleccionado para la valoración de esta Área, recogiendo desde los aspectos más tradicionales a otros más novedosos en la gestión sanitaria de nuestro país. La selección de las diversas medidas se ha realizado siguiendo criterios de competencias prácticamente exclusivas de la Atención Primaria y Comunitaria, y otras no tan exclusivas pero muy relacionadas, como las medidas 22, 42 o 97B.

ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

Medida 12. Continuidad asistencial garantizada

Medida 15. Accesibilidad y eficiencia de los procesos sanitarios. Ambulatorización.

Medida 16. Estratificación poblacional de pacientes de riesgo y complejos

Medida 21. Actuaciones en la Comunidad

Medida 22. Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria

Medida 42. Cuidar al cuidador

Medida 45. Responsables en Atención Primaria para los centros sociales y residencias

Medida 97 B. Adecuación a los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS)

La **medida 12 “Continuidad asistencial garantizada”**, es una competencia prácticamente exclusiva de la Atención Primaria y Comunitaria por ser uno de los fundamentos de la Atención Primaria y por la evidencia científica cada vez más clara sobre la reducción de costes a todos los niveles cuando la continuidad se hace efectiva. Esta medida evalúa si existen mapas de procesos asistenciales integrados y homogeneizados en los centros; si se notifican a los profesionales de atención comunitaria las situaciones de alta hospitalaria de su población; si existe normativa o protocolos para la gestión integrada y continua de procesos asistenciales; si se mide la experiencia del paciente en los centros asistenciales; si se ajusta y orienta la cartera de servicios en función de la continuidad asistencial y si se realizan sesiones conjuntas multiprofesionales con servicios hospitalarios.

La **medida 15 “Accesibilidad y eficiencia de los procesos sanitarios. Ambulatorización”** evalúa si se determinan y estandarizan los procesos ambulatorizables; si hay un diseño institucional de ambulatorización en pacientes crónicos complejos, si se hace de benchmarking de la situación de la ambulatorización por centros; si hay reestructuración de los procesos para mejorar la accesibilidad; el grado de telemonitorización de los pacientes; si existe valoración específica de la adhesión terapéutica, si se usan medios tecnológicos para emitir mensajes y notificaciones sobre salud a la población

de manera individual; si se forma a los profesionales sanitarios de atención primaria en el uso en tecnología asistencial: uso de ecógrafos, bisturís eléctricos, crioterapia, teleconsulta, etc., y si se mide la capacidad de teletrabajo de los profesionales.

También la **medida 45 “Responsables en Atención Primaria para los centros sociales y residencias”**, adquiere la máxima ponderación por considerar que, dentro del ámbito comunitario o no hospitalario, habitualmente las personas residentes en centros sociales y residencias son la población más frágil, pluripatológica y anciana, lo que hace imprescindible la figura de responsables y gestores propios en congruencia con la Estrategia de Cronicidad y teorías de gestión de Kaiser Permanente.

La **medida 16, “Estratificación poblacional de pacientes de riesgo y complejos”**, evalúa si se usan herramientas de estratificación poblacional por riesgo en atención primaria teniendo en cuenta el nivel socioeconómico y otros determinantes sociales para la asignación de nivel de estratificación; si los centros de Atención Primaria realizan una memoria y proyecto anual con un análisis epidemiológico de la población de mayor vulnerabilidad o riesgo asignada a su centro, y si existen sistemas automáticos (vinculados a la historia clínica electrónica) de alerta y citación para consulta presencial o telemática.

La **medida 21 “Actuaciones en la Comunidad”** evalúa el grado de actuaciones acordadas con otras Consejerías, instituciones o empresas, para acercar entornos saludables a la población con relación a alimentación, ocio activo y saludable, transporte público más accesible y ecosostenible, etc. Con ella conocemos si existe registro público de actuaciones comunitarias realizadas por los centros; si el Servicio de Salud difunde en su página web y en la cartelería física, los recursos y activos comunitarios de cada zona; el uso de los días mundiales y nacionales para promocionar la salud; el uso de medios tecnológicos y redes sociales para emitir mensajes y notificaciones sobre salud a la población, etc.

La **Medida 22 “Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria”** evalúa si hay recursos humanos en atención primaria dedicados a vigilancia epidemiológica; si existe un proceso específico de actuación cuando se detectan datos inferiores o superiores a lo esperado a nivel epidemiológico en procesos relevantes: diabetes mellitus, EPOC, IAM, obesidad, dislipemias, vacunación; si se analiza la capacidad asistencial y su ajuste a las necesidades de manera periódica; si se analiza la capacidad de respuesta de Salud Pública.



si hay formación institucional de los profesionales de atención primaria en epidemiología y salud pública; si hay protocolos específicos de actuación ante una crisis epidemiológica en los centros de salud y si la atención primaria es la protagonista principal en el abordaje de epidemias y pandemias.

La **medida 42, “Cuidar al cuidador”** evalúa si se han establecido protocolos para la detección de la claudicación del cuidador del paciente crónico dependiente, si hay programas de actuación para dar descanso a los cuidadores y si se fomenta la conciliación familiar de los profesionales que tienen a su cargo personas dependientes.

La **medida 45 “Responsables en Atención Primaria para los centros sociales y residencias”** evalúa si hay un médico o enfermera responsable del equipo de Atención Primaria en cada centro social o residencia.

La **medida 97 B “Adecuación a los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS)”** evalúa si los centros disponen de fuentes públicas de agua, si las máquinas expendedoras de bebidas y alimentos los tienen saludables; el grado de incorporación de la perspectiva de género en la atención sanitaria; si existen protocolos ante la pobreza como determinante de salud, y el grado de acciones con otras Consejerías para la potenciación los ODS como son acuerdo con transporte público para reducción en los desplazamientos a puestos de trabajo, bonos en instalaciones deportivas, entre otros.

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

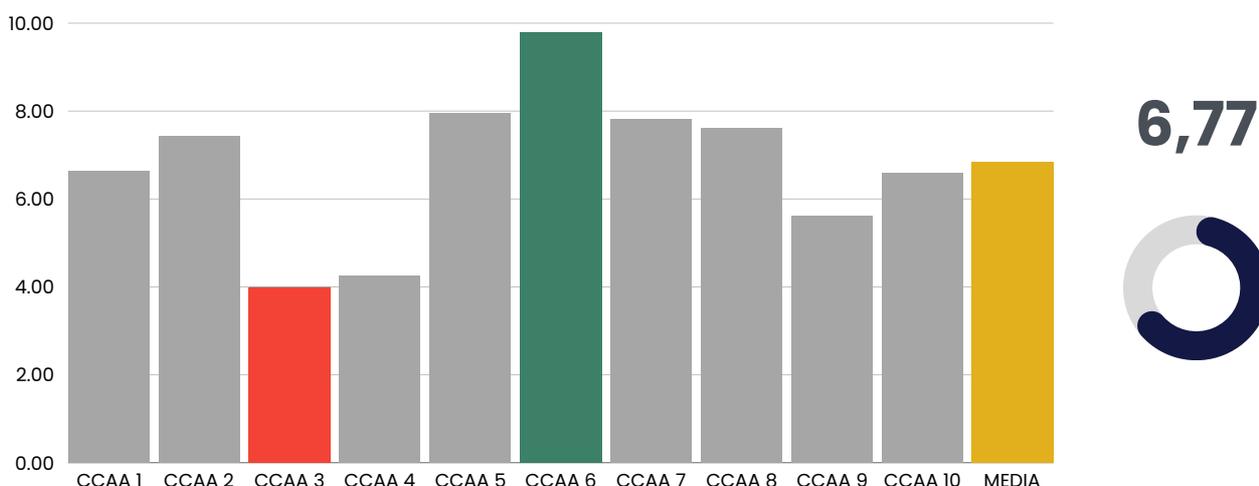
2.1 Valoración

La media nacional de esta área recibe una puntuación de 6,77 sobre 10 puntos. La puntuación final se mantiene cercana al notable, siendo una de las áreas mejor puntuadas en el Índice FES2024.

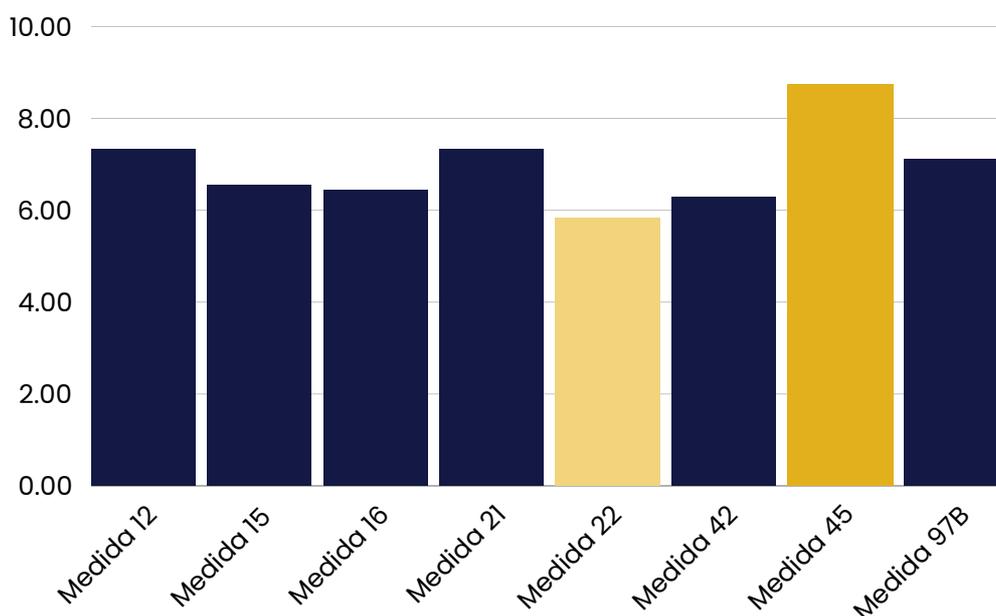
La puntuación más baja para una CCAA ha sido de 4 y la más alta de 9,78 puntos. Basándonos en la información proporcionada, se deduce que la gran parte de las estrategias presentadas en esta sección se han adoptado por los distintos servicios de salud de las CCAA que forman parte del estudio. Sin embargo, es importante destacar que existe una variabilidad en el nivel de implementación entre las distintas comunidades.

A continuación, se describen aquellas medidas que hemos seleccionado para la valoración de esta Área, recogiendo desde los aspectos más tradicionales a otros más novedosos en la gestión sanitaria de nuestro país. La selección de las diversas medidas se ha realizado siguiendo criterios de competencias prácticamente exclusivas de la Atención Primaria y Comunitaria, y otras no tan exclusivas pero muy relacionadas, como las medidas 22, 42 o 97B.

En el siguiente gráfico se muestra las puntuaciones que han alcanzado cada CCAA participante en base 10 en el Área 2:



Se exponen a continuación el diferente grado de desarrollo de cada una de las medidas cuantificadas según las distintas puntuaciones medias del total de las CCAA participantes en el presente Informe.





El mayor grado de implantación lo obtiene la Medida 45 “Responsables en Atención Primaria para los centros sociales y residencias” con una puntuación de 8,75. Todas las CCAA han respondido afirmativamente en esta medida impulsada durante la pandemia; cuando quedó patente la necesidad de dotar con mayores recursos a estos centros donde se concentra la ciudadanía con mayores niveles de fragilidad y riesgo de morbilidad por las patologías crónicas múltiples asociadas y que motivan, en la mayoría de los casos, la alta necesidad de cuidados recibidos en los centros residenciales.

Así mismo la medida 12 “Continuidad asistencial garantizada” y la medida 21 “Actuaciones en la Comunidad” reciben también puntuaciones muy altas, con cifras superiores a 7, debidas a la alta concienciación de la práctica comunitaria por los Servicios de Salud y su detección como necesidad para la mejora de la salud de su población.

La medida 22 es la que alcanza menos puntuación. Si bien la vigilancia epidemiológica puede ser abordada desde múltiples perspectivas, se hace necesario resaltar que es el ámbito comunitario el que nutre de conocimiento epidemiológico a los servicios de salud y al sistema en general; siendo preciso su impulso, como forma de asegurar las lecciones aprendidas durante la pandemia por COVID-19, referentes al rastreo y vigilancia epidemiológica.

En el momento actual, con el auge de las patologías crónicas, sus causas y sus formas de prevención, una vigilancia epidemiológica que sea transparente con otros agentes implicados (ayuntamientos, colegios, servicios sociales) hará que se puedan decidir, con información más certera, sobre las medidas a tomar para mejorar la salud de la población según sus determinantes económicos, educativos y sociales.

2.2. Recomendaciones

A la vista de los resultados obtenidos y tras un análisis pormenorizado de los mismos, exponemos aquí nuestras recomendaciones:

- Mejorar la equidad en el acceso, tanto para la mejora de la experiencia del usuario como para prevenir el uso de otros dispositivos asistenciales como urgencias. Esto supondrá, además, una ganancia en salud.

- Mejorar la atención primaria en general como eje asistencial del sistema desde los ámbitos de decisión públicos para mayor prestigio de sus profesionales y para que nuevos profesionales elijan la Atención Primaria y Comunitaria como su ámbito de especialización.
- Avanzar en la estratificación de la población como forma de ofrecer una atención más personalizada y adecuada, además de para mejorar la accesibilidad y la equidad. Los recursos disponibles deben gestionarse de manera eficiente hacia la prevención y la atención en las personas más vulnerables, incluyéndose en este término todas las acepciones posibles (entre ellas, las que más condicionan el estado de salud/enfermedad: el nivel socioeconómico, cultural y la pobreza).
- Tener presentes los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en los que la pobreza, la contaminación, la mala alimentación, entre otros, resultan determinantes de mala salud sobre los que trabajar. Para ello, es necesario conocer los datos de salud de las comunidades.
- Ser flexibles e incorporar criterios más dinámicos en la gestión de la atención primaria que atraiga a los profesionales, ofreciéndoles mejores condiciones laborales, posibilidad de desarrollar una carrera profesional, así como investigación y ciertos niveles de autogestión en su cupo.
- Dotar de personal en las zonas/puestos de difícil cobertura según la dispersión y la prevalencia de patologías.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales, tener presentes sus motivaciones y ofrecerles la posibilidad de diversificar y especializar más su trabajo, por ejemplo con el desarrollo de la cirugía menor y técnicas diagnósticas como la ecografía.
- Adaptar el puesto de trabajo para profesionales con dificultades específicas como la asistencia a domicilios en zonas con edificios sin ascensor o grandes cuevas.
- Dada la limitación de profesionales, se presenta imprescindible optimizar las tareas y los profesionales disponibles.
- Avanzar en las competencias tecnológicas y recursos digitales, tanto de los profesionales como de la población, como forma eficiente de paliar la deficiencia de profesionales, optimizando tareas repetitivas y burocráticas.



- Actualizar la cartera de servicios en línea con la digitalización y mejoras tecnológicas, con mayor autonomía de los profesionales en su capacidad diagnóstica y de tratamiento; dando nuevos y mayores roles y competencias a la enfermería, para dar una mejor y más rápida atención al usuario.
- Avanzar en la consecución de la Agenda 2030, con actuaciones coordinadas en ONE HEALTH con ayuntamientos, ministerios, servicios sociales, entidades locales, asociaciones, tejido empresarial y otras consejerías como medioambiente transporte, vivienda, etc., no solo de nuestro país, sino a nivel internacional. ONE HEALTH, ONE WORLD.

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, no actualizada, (al menos 2 años desde que se genera hasta que se publica) y sin plena transparencia.

Asimismo, la organización territorial de España con 17 CCAA 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, pues falta concretar el qué y el cómo comunicar resultados en salud, lo que reduce la transparencia y dificulta alcanzar una interoperabilidad real.

Por todo ello, y para intentar disponer de una visión lo más amplia posible de esta cuestión, el área 3 de este informe se centra en el acceso a la historia clínica más allá de los propios centros sanitarios (como los sociales); 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 precisamente, innovaciones (ya no tanto) realmente implantadas en la gestión de cada servicio de salud con respecto al Big Data, I.A. o algoritmos de analítica predictiva aplicados a procesos asistenciales, epidemiología, salud pública, etc., y, por último, la flexibilidad de los sistemas de información implantados.

Cabe destacar que hoy en día la tecnología y la información han 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 las 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.

A continuación, se desglosan las 8 medidas que componen el área 3 del Índice FES:

ÁREA 3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Medida 18. Acceso a Historia Clínica en centros sociales y residencias.

Medida 26. Captura de información clínica automatizada.

Medida 27. Ciberseguridad.

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

Medida 31. Gobierno y calidad del dato.

Medida 32. Analítica avanzada para la gestión del servicio de salud (big data, inteligencia artificial y/o modelos predictivos).

Medida 32.1. Modelos analíticos para Vigilancia epidemiológica.

Medida 33. Sistemas de información flexibles.

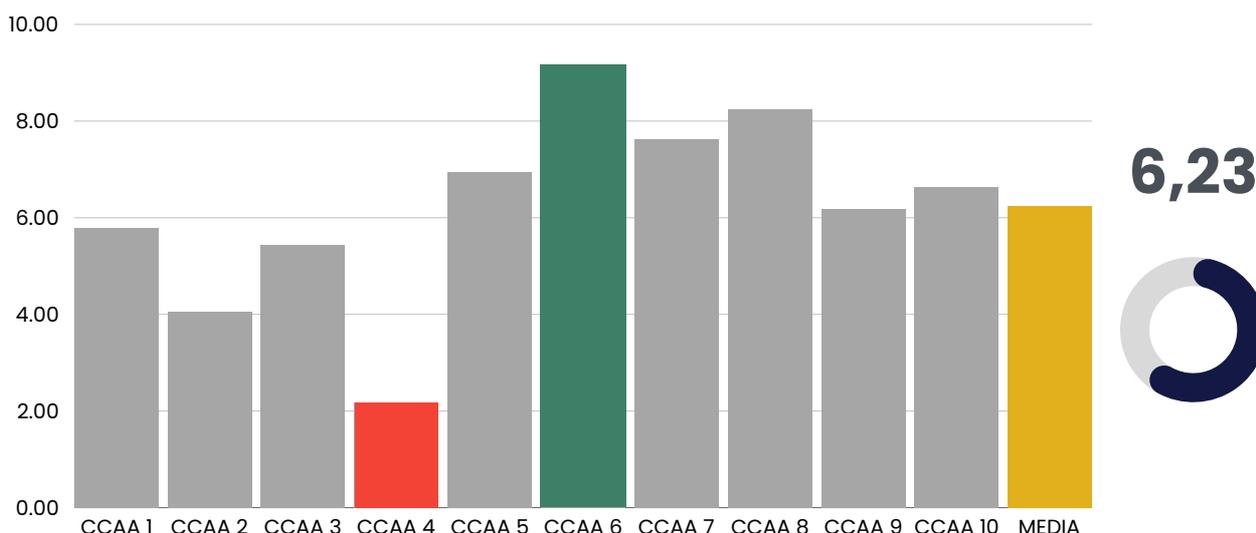
Desde la Fundación Economía y Salud, trabajamos propiciando entornos de desarrollo que permitan mejorar el Sector Salud en España. Desde el Primer Foro de “Perspectivas para Mejorar el Sector Salud en España”, tras realizar una agrupación de todas las propuestas de los más de 100 expertos, se obtuvo un Top 10 en las que ya aparece la necesidad de considerar las nuevas tecnologías y la gestión de la información como un aspecto clave en el desarrollo de la salud.

A lo largo de los siguientes años y foros, en los que se enumeraron las medidas para mejorar el sector salud y el desarrollo de los indicadores para alcanzar el índice FES, esta área siempre ha tenido una posición relevante en el planteamiento y es por lo que, estratégicamente, permanece como un área independiente.

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

2.1. Valoración

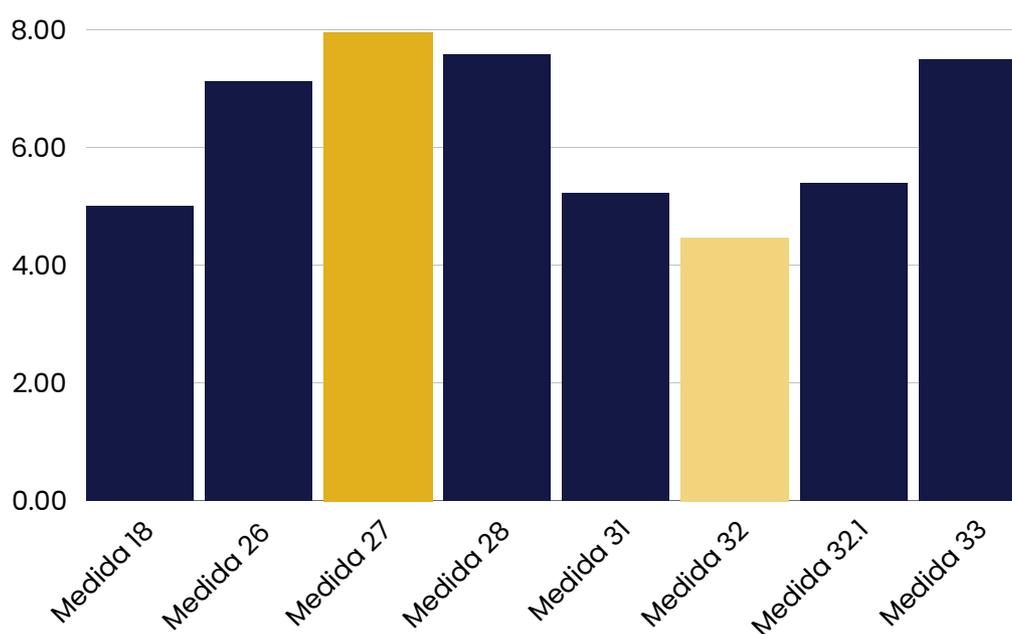
A nivel nacional, el desarrollo de esta área, respecto a las 10 CCAA que participan, ha sido de un 6,23 (sobre 10), quedando la distribución de la siguiente manera:



Del análisis de los datos recopilados de las CCAA 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 medidas de calidad o, en su defecto, de un borrador de dicho plan de acción. Esta es una medida de vital importancia, puesto que constituye la base que, posteriormente, permita desarrollar proyectos de analítica avanzada para 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 utilicemos, cualquier conclusión y acción realizada basándose en dichos datos será equivocada.



2.2. Recomendaciones

A la vista de los datos declarados, nuestras recomendaciones generales aplicables al conjunto de las CCAA centran los esfuerzos de mejora en trazar las acciones correspondientes en cuanto a la accesibilidad a las historias clínicas del servicio de salud desde centros sociales y residencias, así como en el gobierno y calidad del dato. Este último punto es clave para poder avanzar con éxito posteriormente en otros aspectos como son la analítica avanzada y los modelos predictivos.

Se debe seguir avanzando en implementar la capacidad de capturar información clínica de manera automatizada y la existencia de sistemas de información flexibles. Aspectos básicos que, desde la última edición del presente informe han avanzado notablemente pero en los que se debe seguir trabajando.

Recomendamos actuar sobre las medidas anteriores 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 sociales y residencias es, desde hace años y con carácter general, una asignatura pendiente sobre la que las CCAA están trabajando y el grado de avance es muy heterogéneo. 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.

Se recomienda aprovechar los fondos de la Unión Europea para el Desarrollo Regional o los fondos de regeneración como los Planes de recuperación, transformación y resiliencia, como una oportunidad para acortar las diferencias entre CCAA, y para continuar avanzando en el desarrollo de los sistemas de información al servicio de la gestión y cuidado de la salud de los españoles.

Los sistemas de información en otros sectores de actividad e industrias están, por lo general, muy avanzados y en ellos se ha conseguido mucha flexibilidad. 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, al ser la atención a la salud muy compleja; por ello se debe seguir avanzando en la cada vez los sistemas de información de los Servicios de Salud sean flexibles y lo más interoperables posibles.

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 que trabajar para aumentar la flexibilidad, agilidad y capacidad de adaptación de los sistemas de información. Es uno de los asuntos prioritarios.



Es importante disponer de sistemas flexibles como mecanismo sobre el que construir las soluciones asistenciales del futuro, (la buena puntuación obtenida en la medida 26 relativa a la captura de información clínica automatizada es una muestra de ello).

Para ello nuestras recomendaciones pasan por encontrar proveedores y sistemas que entiendan el entorno organizativo y la idiosincrasia y complejidad de los centros y servicios sanitarios; donde trabajamos en múltiples niveles que deben de hablar y conectarse en sí: atención primaria, trabajo social, consultas y centros de días, hospitalización y actividad quirúrgica, servicios centrales y de apoyo, etc.; todo ello además unido a la posibilidad de valorar la inversión económica de cada acto. La complejidad es enorme y un reto constante para los que trabajan en la mejora de los sistemas de información por lo que la formación continua de los implicados en estas tareas también debe ser permanente.

ÁREA 4. EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE PARA PROMOVER LA SALUD Y PREVENIR LA ENFERMEDAD

1. Descripción e importancia del área

El objetivo principal de cualquier sistema de salud debe enfocarse en prevenir la enfermedad y promover la salud.

La prevención de la enfermedad, entendida como intervenciones específicas tanto a nivel individual como poblacional, pretende minimizar la carga de la enfermedad y de los factores de riesgo asociados. La prevención primaria se refiere a acciones que evitan la manifestación de la enfermedad (por ejemplo, para la mejora de la salud a través de la modificación del impacto de los determinantes sociales y económicos de la salud, o de la provisión de información relacionada con comportamientos o elementos clínicos de riesgo). La prevención secundaria tiene que ver con la detección temprana, cuando esta mejora las opciones de obtener resultados de salud más positivos.

La promoción de la salud es el proceso de empoderamiento de las personas para incrementar el control sobre su propia salud y sus determinantes, fundamentalmente a través de la alfabetización para la salud y de acciones multisectoriales orientadas a aumentar los estilos de vida saludables.

El concepto de alfabetización para la salud, entendida como el resultado de los procesos de educación para la salud y la comunicación efectiva, supone el denominador común más importante tanto para la prevención de la enfermedad como para la promoción de salud.

Desde esta perspectiva, las actividades de promoción y de prevención están encaminadas a mejorar la alfabetización para la salud, y, por tanto, a conseguir un incremento de los conocimientos, una mayor motivación y el logro de competencias para acceder, comprender, evaluar y aplicar de forma práctica esos conocimientos a nuestra salud y la de nuestro entorno.



La alfabetización para la salud representa un punto de equilibrio entre las capacidades de las personas y la complejidad creciente de los sistemas de atención, y contempla tanto una perspectiva clínica (incluyendo las competencias para moverse en el sistema sanitario, hacer valoraciones y tomar decisiones en lo concerniente a temas cotidianos de salud) como una perspectiva de salud pública que incluye dimensiones como el entorno familiar, laboral o comunitario y que van más allá del ámbito sanitario.

Esta área implica a los pacientes, a sus familiares y cuidadores, pero también a los profesionales, y en ese punto de equilibrio engloba los conocimientos, y las capacidades individuales de comunicación para explicar, acceder y entender la información, analizar opiniones, opciones y preferencias, y tomar decisiones relacionadas con la promoción y el mantenimiento de la salud; lo que es aplicable en diferentes contextos de atención, en distintos entornos y a lo largo de toda la vida.

Con todo ello, la alfabetización para la salud es lo que define el empoderamiento de los pacientes como el elemento principal de los modelos de atención centrados en la persona, y que desde esta visión puede ser considerado tanto como un requisito previo como el resultado final.

El empoderamiento de los pacientes se puede definir como el proceso que ayuda a las personas a tomar el control sobre sus propias vidas y que aumenta su capacidad para actuar en los temas de salud que ellas mismas definen como importantes. Define, por tanto, la capacidad de relación con el sistema de atención, en el que el paciente juega un papel crítico en la toma de decisiones y en la autogestión de su condición, basándonos en su nivel de alfabetización para la salud.

Los principales elementos que definen el empoderamiento es que se trata de un proceso dinámico, que cambia a lo largo de la vida, y que no es algo que se tiene o no se tiene, sino que más bien puede presentar diferentes grados en su evolución, que además pueden ir hacia delante o hacia atrás. Está directamente relacionado con el contexto, y por eso una misma persona puede estar empoderada en un determinado proceso, pero requerir más apoyo en otro diferente. Además, no puede ser impuesto, aunque los profesionales y el sistema de atención sí pueden facilitar el proceso. Por último, es un proceso que también aplica a nivel colectivo, en la medida en que, a través de él, las comunidades pueden expresar sus necesidades, presentar sus preocupaciones, diseñar estrategias para la toma de decisiones, y pasar a la acción para buscar respuesta a esas necesidades.



En un contexto de conexión y acceso global a la información, las herramientas y aplicaciones de la salud digital que requieren nuevas habilidades, y con un escenario post-pandemia condicionado por la sostenibilidad a medio y largo plazo del sistema, 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 y herramientas digitales de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y los relacionados con los cuidados.

Es en el binomio de educación y salud donde radica la gran importancia de esta área para la mejora de los sistemas de atención, que, aunque lleva varias décadas desarrollándose y se ha convertido en una estrategia global, muchas veces queda relegada en la práctica por una visión a corto plazo que impide ver su impacto en la eficiencia y sostenibilidad del sistema.

En nuestro entorno, la mayoría de los profesionales del sector de la salud coinciden en la importancia de seguir trabajando en esta área, y ya en el I Foro de la Fundación Economía y Salud en el año 2015, (que dio como resultado la publicación del libro 100 medidas para mejorar el futuro del sector salud), los expertos pusieron el empoderamiento y autocuidados de los pacientes y la ciudadanía como la primera del top doce de medidas de consenso para mejorar el sistema de salud.

Las medidas del Índice FES relacionadas con esta área son un reflejo 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 4 se tienen en cuenta las siguientes medidas:

ÁREA 4. EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE PARA PROMOVER LA SALUD Y PREVENIR LA ENFERMEDAD

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 que definen el área de “Empoderamiento del paciente para promover la salud y prevenir la enfermedad” tienen un peso importante en la composición del índice FES, alcanzando una puntuación máxima de 9,2 sobre el total de 100 puntos.

Cabe destacar que, entre todas las medidas englobadas, la medida 37 relativa a la “Colaboración del sector salud y el sector educativo” es la que mayor peso tiene, como vía principal para mejorar el nivel de alfabetización para la salud necesaria a los efectos del empoderamiento de los pacientes, en ese binomio de educación y salud que se mencionaba con anterioridad.

Los indicadores asociados a esta medida valoran la realización y la evaluación del impacto de programas formativos dirigidos tanto al profesorado como al alumnado en diferentes ciclos del sistema educativo, así como la presencia física de personal del Servicio de Salud en los centros realizando labores de promoción de la salud. De forma específica, se valora el desarrollo de programas enfocados en la alfabetización para la salud mental y la promoción del bienestar emocional para los centros educativos.

En segundo lugar en importancia, está la medida 49 “plan de humanización”, que está muy relacionada con el giro necesario en los Servicios de Salud para poner a las personas, sus necesidades y preferencias en el centro de los modelos de atención.

También la medida 75 “Escuelas de pacientes”, es importante al tratarse de uno de los entornos naturales para las actividades de promoción y prevención y de trabajo para el empoderamiento de los pacientes. En este sentido, los indicadores asociados a la medida tienen que ver con la implicación directa de los pacientes y sus familiares, y su experiencia con los servicios de atención como vía de mejora de los procesos de atención y de los resultados en salud. Además, se tiene en cuenta la generación de materiales de alfabetización para la salud y su distribución a través de diferentes canales, y el desarrollo de campañas centradas específicamente sobre el bienestar emocional y la salud mental.

Las medidas 34 “Portal de la salud accesible”, 35 “Historia de salud interoperable e interactiva” y 36 “Portal Educación y promoción de la salud” 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 lo relativo al portal de salud, los indicadores que impactan en esta medida se relacionan con el nivel de evolución de la herramienta, su accesibilidad a través de aplicaciones móviles, el porcentaje de población que se ha dado de alta en el portal, y la facilidad de acceso y uso de la información desplegada en sus contenidos.

Para la valoración de la historia de salud se tienen en cuenta las posibilidades de interacción por parte de los usuarios con la información clínica, tanto de los propios pacientes como por parte de los profesionales sanitarios dentro del continuo asistencial e incluso de otras CCAA. También se valora si la historia de salud contiene información personalizada teniendo en cuenta las necesidades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de los usuarios, incluyendo posibles actuaciones o recomendaciones en otros ámbitos, como por ejemplo los servicios sociales.

La medida 36 comprende indicadores relacionados con la variedad y facilidad de uso de los contenidos del portal del paciente, así como su integración en los procesos asistenciales, reflejando la manera en la que los profesionales se apoyan en ellos a la hora de establecer sus recomendaciones y cómo se incorporan en la historia clínica de los pacientes. Además, también se valora el nivel de participación directa de pacientes en el diseño y mejora de los contenidos del portal.

La medida 49, relativa a planes de humanización, evalúa la existencia de planes o protocolos específicos para la atención prioritaria o especial para colectivos específicos; si hay una visión integral de los pacientes como centro del sistema de atención; si se tienen en cuenta otros servicios adicionales de calidad como el asesoramiento nutricional, psicológico, el apoyo social o espiritual o la utilización de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor y la ansiedad.

En la medida 50 “Competencias en comunicación”, los indicadores asociados tienen que ver no sólo con la formación en competencias de comunicación para los profesionales y su evaluación continuada, sino también otros con un concepto más amplio de comunicación que implica a toda la organización; como la disponibilidad de recursos y líneas de trabajo para facilitar a las personas la obtención y uso de la información necesaria para acceder a los servicios; las estrategias de comunicación en todos los puntos de contacto, o la aplicación de técnicas de lenguaje fácil en la información clínica y no clínica dirigida a los usuarios de los servicios relacionada con la “formación y la evaluación de las competencias en comunicación”.

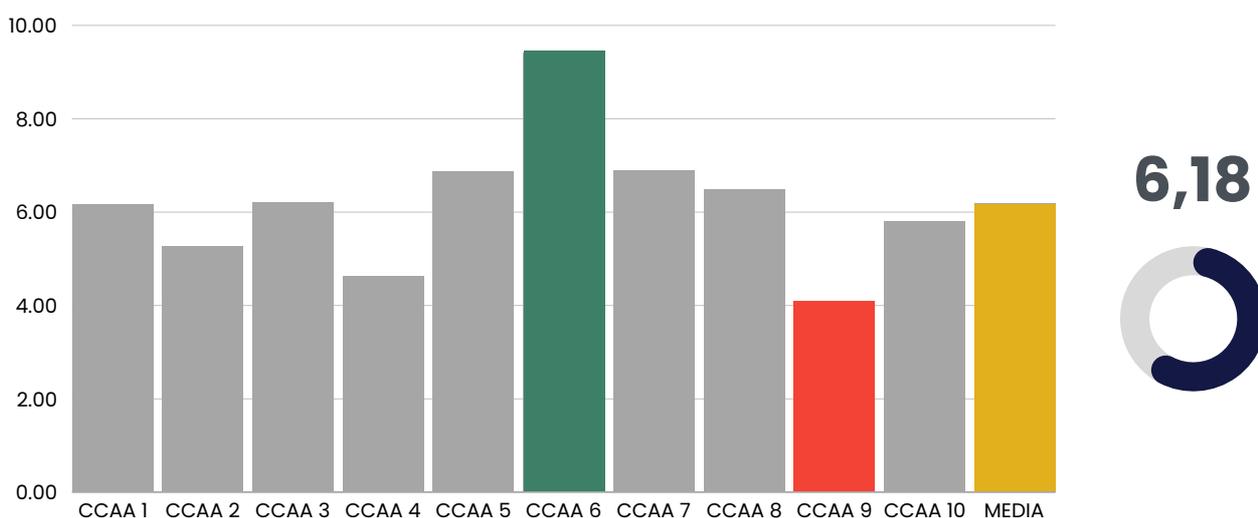
Por último, la medida 38 “Incorporación de la perspectiva biopsicosocial en las intervenciones clínicas” se relaciona con una orientación hacia protocolos de atención integral, que tengan en cuenta también la salud social, afectiva y la gestión emocional en los procedimientos de actuación.

Esta medida representa el abordaje integral de la atención a la salud, poniendo a las personas en centro del proceso, y es fundamental desarrollar esta perspectiva en la práctica clínica, sobre todo en el contexto de las enfermedades crónicas, y 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 6,18 sobre 10. La puntuación más baja para una CCAA ha sido de 4,1 y la más alta de 9,42. De los datos declarados, podemos extraer la conclusión de que las medidas incluidas en este bloque se cumplen de forma satisfactoria por los servicios de salud de las CCAA participantes, aunque aún existe un amplio margen para la mejora.



La medida de esta área con mayor grado de cumplimiento ha sido la 75, relativa a la Escuela de Pacientes, que con un 74%, implica la clara apuesta de las Consejerías de Salud por fomentar su actividad como agentes activos en la línea de empoderamiento de pacientes y ciudadanía.



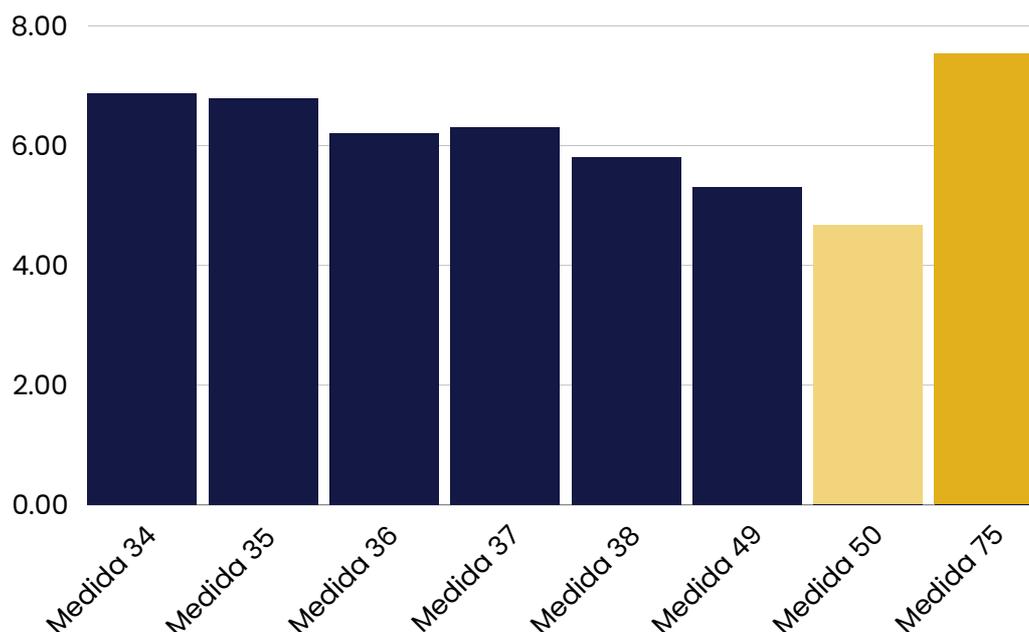
Las medidas 34 y 35 también se encuentran cerca del 70% de cumplimiento en la media de las CCAA, demostrando el amplio nivel de desarrollo de la historia clínica electrónica en las CCAA.

Las medidas 36, 37 y 38, se sitúan de media alrededor del 60% del nivel de cumplimiento. La primera, la 36 con un 62%, es la relativa al Portal de educación y promoción de la salud. La medida 37, de colaboración entre el sector salud y el sector educativo, se sitúa en el 63% de cumplimiento, lo que demuestra que la relación con el sector educativo en la promoción de la salud es algo que se viene haciendo de manera importante.

La medida 38 “Perspectiva biopsicosocial de la atención clínica” alcanza un nivel de cumplimiento medio del 58%, lo que refleja un nivel de desarrollo medio en la implementación por equipos multidisciplinares de guías de práctica y protocolos de atención que incluyen elementos, recursos y recomendaciones para la salud social, afectiva y la gestión emocional asociada al paciente; así como la forma en la que se evalúa su impacto en las intervenciones de atención clínica.

Un poco por debajo, con un 53% de cumplimiento, se sitúa la medida relativa planes de humanización, que como se ha comentado en las descripción no solo evalúa la existencia de planes de humanización, sino si están contemplados otros múltiples aspectos relativos a la humanización de la atención y la organización sanitaria; por lo cual este porcentaje es un buen dato.

Por último, la medida 50 de competencias en comunicación ha sido la de menor grado de cumplimiento, con un 46% de media entre las CCAA participantes. Un resultado muy mejorable dado que esta medida representa el elemento de base en las nuevas formas de relación médico-paciente, y tiene un gran impacto a lo largo del proceso de interacción y la experiencia con los servicios de atención, así como en los resultados en salud.



2.2. Recomendaciones

A la vista de los datos declarados, nuestras recomendaciones generales aplicables en esta área al conjunto de las CCAA irían principalmente orientadas hacia la puesta en marcha de estrategias relacionadas con la comunicación efectiva entre los pacientes y los profesionales de la salud; estableciendo programas de formación y evaluación de las competencias en comunicación, 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; promoviendo el uso de las herramientas de salud digital para reconocer los recursos disponibles sobre educación, promoción de la salud y prevención.

Estas estrategias de comunicación deben implicar a toda la organización, y no solamente al personal clínico, estableciendo líneas de trabajo y recursos en todos los centros para facilitar a las personas la obtención y utilización de la información para acceder a los servicios en todos los puntos de contacto de la interacción con los usuarios (incluyendo señalética, instrucciones, direcciones, impresos, guías, personal de atención, etc.)

En estas líneas de trabajo se debe fomentar el uso de lenguaje fácil, tanto en la documentación clínica como en la no clínica dirigida a pacientes y usuarios, usando además técnicas y mecanismos para asegurar que la información proporcionada es entendida por las personas destinatarias.



Otra de las recomendaciones generales sería continuar profundizando en los esfuerzos por el desarrollo, aplicación y evaluación de los planes de humanización en los servicios sanitarios. Lo ideal es promover este esfuerzo a nivel del propio servicio de salud, con planes y protocolos globales aplicables en todos los centros para la atención prioritaria a personas y colectivos desfavorecidos y personas con discapacidad, y abordando la perspectiva de género en los cuidados.

Todas las acciones incluidas en el plan de humanización deben enfocarse desde una visión holística de la persona, y no meramente como paciente, por lo que se deben tener en cuenta otros aspectos adicionales como la gestión del dolor y la ansiedad, el asesoramiento nutricional, psicológico, el apoyo social, o la atención espiritual para mejorar la calidad de la atención.

Esto está íntimamente relacionado con la perspectiva biopsicosocial en la atención, que es otra de las medidas en la que todavía hay bastante margen de mejora. Las recomendaciones en este sentido irían por potenciar la figura de equipos multidisciplinares para definir el abordaje integral en los procesos de atención al paciente, generando guías de práctica y protocolos de atención que incluyan elementos, recursos y recomendaciones para la salud social, afectiva y la gestión emocional asociada al paciente, facilitando el acceso a valoraciones sociales y psicológicas.

Parte de estos recursos para la salud social, afectiva y la gestión emocional pueden enriquecer los contenidos del portal de educación y promoción de la salud, idealmente a través de formatos accesibles para canales en línea, que sean fáciles de entender y de usar para tomar decisiones informadas sobre la salud.

En este sentido, otra de las recomendaciones para mejorar esta medida tiene que ver con la interconexión de esos contenidos con el portal de salud, de forma que se pueda personalizar según las necesidades concretas de cada paciente; basándonos en la prescripción por parte de los profesionales, que también deben conocer los recursos que tienen disponibles e incorporarlos en su actividad clínica como parte de su arsenal terapéutico.

Para facilitar su uso práctico, se recomienda además contar con los propios pacientes y profesionales en la fase de diseño de los contenidos, formatos y canales para estos recursos.



Es necesario seguir trabajando para mejorar las prestaciones disponibles en los portales de salud, de forma que las personas 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 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 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.

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 sobre hábitos de vida saludable para cuidar su salud y la de las personas de su entorno.

Hay que resaltar en este sentido el importante papel que juega el personal del Servicio de Salud en los centros educativos para promover la salud, y seguir fomentando el desarrollo de programas formativos dirigidos tanto al alumnado como al profesorado. Estos programas deben además incluir mecanismos para la evaluación de su impacto en términos no solamente de proceso, sino más bien de resultados, para obtener métricas reales sobre el impacto que generan sobre la salud.

Por último, las escuelas de pacientes son sin duda un recurso de gran valor en todos estos procesos, y, por tanto, se anima a continuar fortaleciendo y ampliando su actividad como agentes activos en la educación para la salud de la ciudadanía a través de la generación de materiales y recursos; la organización de campañas específicas y su papel de interrelación con la figura de pacientes expertos o activos, para mejorar de forma continua la prestación de los servicios.

ÁREA 5. ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

1. Descripción e importancia del área

La coordinación de los servicios sanitarios y de los servicios sociales, para prestar conjuntamente atención sanitaria y atención social a aquellas personas que precisan simultáneamente ambas, tiene la concepción de 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.

Todos los agentes implicados están convencidos e incluso defienden la necesidad de prestar esa atención sociosanitaria, pero la realidad es que no pasa de ese convencimiento y falta un gran camino por recorrer para hacerla realidad. Empezando por la utilización de los términos y de los conceptos de forma errónea y con una amplitud que no procede, y que no hace sino provocar la percepción de una falsa realidad y un equívoco constante que nos coloca en una situación donde se hace difícil saber de qué servicio hablamos; y ni siquiera quien lo debe prestar y es responsable del mismo.

Dicho lo anterior, también podemos afirmar que hay un importante consenso cuando señalamos que el futuro inmediato de la garantía y sostenibilidad del sistema sanitario y del sistema de los servicios sociales, tiene un pilar básico en la atención sociosanitaria. La base de tal afirmación está en la consideración de que la atención sociosanitaria debe garantizar la eficiencia en ambos sistemas, junto a la mejora de la calidad de los servicios prestados, hacer realidad la continuidad asistencial 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, es decir, de la actuación simultánea y sinérgica a que nos hemos referido en su definición.

No obstante, es necesario aclarar que, habida cuenta de que la utilización del término y concepto de sociosanitario no está suficientemente homogeneizada en el ámbito nacional, y por extensión, en las CCAA, se puede dar lugar a algún equívoco a la hora de contestar los ítems que componen el cuestionario para esta área. Ello, aun cuando en este año hemos querido poner especial cuidado a la hora de formularlos y solo referir el término de atención sociosanitaria cuando estrictamente se refiere a la misma, y en los demás casos se ha hablado de coordinación de los servicios sanitarios y de los servicios sociales.

Sobre la base de todo lo anterior, la puntuación asignada a esta área “Atención y coordinación social y sanitaria” es de un total de 10,00 puntos sobre el total de 100 puntos de los que consta el índice FES 2024. El número de medidas y de preguntas que se incluyen en esta área 5 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. ATENCION Y COORDINACION SOCIAL Y SANITARIA

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

Medida 39. Atención sanitaria y social coordinada

Medida 40. Camas de cuidados medios (media estancia o convalecencia)

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

Medida 46. Equipos sanitarios en residencias y su capacidad de prescripción

Medida 48. Integración de la historia clínica electrónica y de la historia social

Medida 51. Figura del gestor de casos

Medida 52. Vigilancia epidemiológica en residencias

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

Las 9 medidas que engloban esta área están divididas en un total de 38 preguntas, y cabe resaltar asimismo que 4 de esas medidas tienen una valoración de 1,5 puntos cada una (la 39, la 40, la 43-44, y la 48); que tienen que ver con la coordinación de la atención sanitaria y social, las camas de cuidados medios, el trabajo en equipo y la integración de la historia clínica electrónica y la historia social.

Dos de ellas tienen 1 punto (la 52 y la 81) sobre la vigilancia epidemiológica y las buenas prácticas en centros sociales para una gestión preventiva. A otras dos medidas se le asigna 0,8 puntos a cada una (la 23 y la 46), y se refieren a capacidad de los centros residenciales ante pandemias y a la capacidad de prescripción de los equipos sanitarios. Por último, se asigna 0,4 puntos (medida 51) a 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 cuál 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, lo que ciertamente cada vez se va poniendo en práctica más.

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

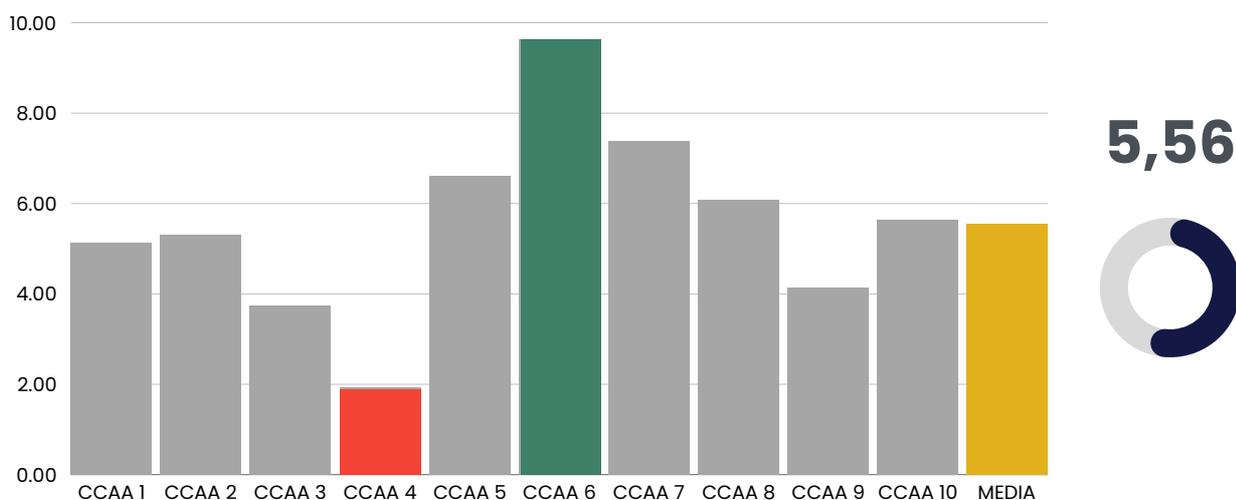
2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1. Valoración

La media nacional de esta Área 5 “Atención y coordinación social y sanitaria” ha alcanzado una puntuación de 5,56 sobre 10. La puntuación más baja para una Comunidad Autónoma ha sido de 1,93 y la más alta de 9,63.

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 5 de las 10 Comunidades participantes quedan por debajo de la media nacional en esta área y por tanto otras cinco quedan por encima., y Tres comunidades quedan por debajo del 5. También se ha de destacar que dos 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 52 relativa a la vigilancia epidemiológica en residencias, que ha obtenido 6,95 puntos sobre diez. Las medidas que le han seguido con una puntuación de 6 o más, son la medida 40, con 6,15 puntos, la medida 46 con 6,09 puntos y la medida 51 con 6,00 puntos.

Las medidas con menor grado de cumplimiento han sido la 43-44 relativa al fomento del trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios, con 4,04 puntos, y la medida 23 sobre la capacidad de los Centros Sociosanitarios ante epidemias o pandemias con 4,88 puntos. El resto de las medidas estaban en 5 puntos, siempre sobre 10.

En la medida 39 sobre “Atención sanitaria y social coordinada”, con cuatro preguntas, lo que nos permite analizar 40 respuestas de las 10 CCAA participantes, solo en 8 de ellas se responde con un 4, mientras en más de la mitad, en 20, se contesta con 0, 1 o 2. Estos resultados, por tanto, nos hacen pensar en un panorama donde todavía hace falta mucha coordinación social y sanitaria. Se puede apreciar en algunas respuestas cuando cabe entender que es un tema de coordinación imprescindible, y parece que en la respuesta no se tiene en cuenta lo que hace la otra Consejería.

Cuando se analiza la coordinación entre profesionales, lo que se tiene en cuenta en la medida 43-44, bajo la óptica del trabajo en equipo de los profesionales sociales y sanitarios, los resultados en conjunto no son mejores que en la medida anterior, aquí también de 40 preguntas en 9 de ellas responden con un 4, respondiendo 29 de ellas entre 0, 1 o 2.

Solo en el caso de los foros de encuentro y trabajo para profesionales de ambos sistemas se dice plenamente cumplido por 5 de las 10 CCAA. Las fórmulas de trabajo en equipo se encuentran implantadas al 50%.

Se aprecia que en la mayoría de las CCAA existen profesionales sanitarios que atienden en los centros sociales, que es de lo que trata la medida 46, junto a la capacidad de prescripción de estos profesionales. Lo anterior va íntimamente ligado con la medida 48 sobre la historia clínica sociosanitaria; ya que son estos profesionales los que van a tener acceso a la historia de salud electrónica o digital, y a la vez estos profesionales podrán llevar a cabo la prescripción electrónica, pues prácticamente ya no podemos referirnos a otra forma de prescripción (manual).

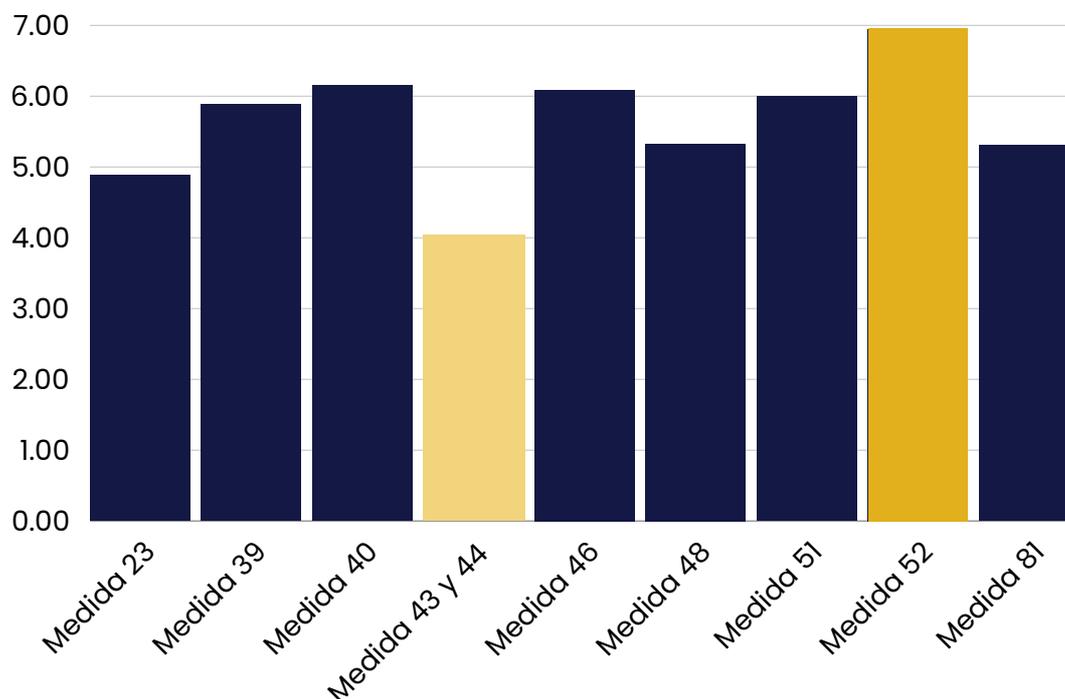
También, en más de la mitad de las CCAA, están definidas y protocolizadas las funciones de los equipos sanitarios, y prácticamente en la totalidad hay asignados profesionales sanitarios con carácter permanente, y, de una u otra forma, están regulados los equipos sanitarios que atienden las residencias.

Las cosas cambian cuando se analiza la capacidad de prescripción de estos profesionales en las residencias, donde se rebaja nuevamente a 5 de las 10 CCAA. Si bien es cierto que esta capacidad va en aumento, así como los beneficios que tiene para los profesionales y sus pacientes, que son tan importantes que deben seguir extendiéndose.

A 103 preguntas se ha respondido con un 4, a 73 preguntas se ha respondido con un 3 y a 77 preguntas se ha respondido con un 2. En el 27% de las respuestas se declara un total cumplimiento, en un 19% de las mismas la respuesta es 3, equivalente a un 75%, y en un 20%, es un 2, que podemos considerar que se cumple el 50% de lo indicado en esa medida.

Para completar este mapa queda por señalar que a 72 preguntas se respondió con un 1 (poco) y a 55 preguntas se respondió con 0 (nada). En porcentajes significa que en el 14% de las preguntas se declaró ningún cumplimiento, y en el otro 19% un cumplimiento del 25%.

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



2.2. Recomendaciones

La primera de estas recomendaciones generales va dirigida a una cuestión fundamental para el progreso de la atención sociosanitaria. Se trata de 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. Hace falta insistir mucho para que esa coordinación sea efectiva, y esa debe ser la orientación que nos guíe.

Se aprecia una clara necesidad de seguir trabajando en la definición de procesos y protocolos para la actuación coordinada. Se demuestra por los resultados que, en aquellas CCAA que trabajan con estructuras organizativas compartidas y disponen de planes institucionales, los resultados son sensiblemente mejores en términos generales, por lo que resulta necesario trabajar sobre estos dos aspectos en las CCAA que todavía no lo han logrado o están en niveles bajos.

Es necesaria una coordinación real a nivel institucional 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, a una Consejería o a otra; 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 sobre la base de sus necesidades personales y particulares, y con el objetivo de asegurarle la atención sanitaria y social que requiere en cada momento.

Una cuestión claramente recomendable es la posibilidad del acceso a la historia de salud electrónica por los profesionales sanitarios desde los centros sociales (medida 48). Se va avanzando en este punto y en este año de las 10 CCAA nos responden 5 que las tienen prácticamente en todas las residencias o en la mayoría. Esta posibilidad debería extenderse, ya que las cuestiones técnicas están resueltas y, por tanto, implantar esta posibilidad depende de posiciones estratégicas o reglamentarias, que se pueden resolver.

La implementación de esa posibilidad, que siempre se va a dar a través de los profesionales sanitarios correspondientes habilitados para ello, sin ninguna duda va a redundar en un incremento en la seguridad de los pacientes y en una garantía de la continuidad asistencial.

Al hablar de historia social electrónica y de historia de salud electrónica, con acceso recíproco desde ambos sistemas, las cosas cambian radicalmente, ya que en sólo 3 CCAA de las 10, se responde que solo en algunos centros. Aunque en mejor situación se encuentra el hecho de incluir variables sociales en la historia de salud.

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 CCAA.

Lo anterior va 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, como ya hemos señalado, hoy en día no debe suponer un problema técnico, ya que está resuelto ampliamente en muchas CCAA y, por tanto, debería extenderse a todos los centros de servicios sociales y a todos sus usuarios para lograr una adecuada continuidad asistencial.

Si existe 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 es otra de las cuestiones que merecen ser recomendadas, ya que, sin duda, es una herramienta que facilita y garantiza el control de los 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. Es cierto que esta capacidad de prescripción va en aumento, pero los beneficios que tiene para los profesionales a la hora de llevar a cabo su trabajo, y a la seguridad de sus pacientes-residentes son muy importantes.

Al referirnos a la Medida 40 sobre camas de cuidados medios (media estancia o convalecencia), se han de seguir aumentando el número de estas camas lo que permitirá que los pacientes que las necesitan reciben una atención más adecuada a su estado y a sus necesidades, a la vez que liberan camas de agudos para otros pacientes que las necesitan. Esto redundará en una mayor eficiencia general del sistema al tener estas camas de cuidados medios, media estancia o convalecencia, un coste muy inferior a una cama de agudos.

Puede resultar indiferente que las camas de cuidados medios sean públicas o concertadas, siendo lo importante tenerlas adecuadamente planificadas y disponer en cada momento de las que se precisan, en lo que todavía queda un camino considerable que recorrer.

Es importante seguir potenciado e implementado la figura de los gestores de casos, que se analiza en la Medida 51, y están íntimamente ligados con la continuidad asistencial y con la atención sociosanitaria. La existencia de gestores de casos, que teóricamente pueden proceder desde el sistema sanitario, pero también de los servicios sociales, lo que trata es de que en el sistema sanitario se garantice la continuidad asistencial; y que, en aquellos casos que el paciente se encuentre también en una situación de necesidad social, y precisa atención sociosanitaria, se logre la coordinación entre los dos sistemas para que el paciente sea adecuadamente atendido.



Las figuras de los gestores de casos, la disponibilidad de mayor número de camas de cuidados medios, y la atención en el domicilio, en las distintas modalidades, especialidades, técnicas o aspectos en que es posible, van a resultar imprescindibles para que la atención sociosanitaria alcance los niveles que son no sólo deseables, sino necesarios, y que todavía no hemos logrado.

Por otro lado, y a la vista de la experiencia adquirida con la epidemia del COVID-19, se ha hecho necesaria la actuación dirigida especialmente por los servicios de Salud Pública, para que los centros de servicios sociales y su personal específico, en colaboración con el sistema sanitario, se encuentren preparados y capacitados para atender a sus residentes ante cualquier epidemia o pandemia; así como para colaborar en la vigilancia epidemiológica y en la gestión preventiva de las mismas. Estas cuestiones que son tratadas en las medidas 23, 52 y 81 deben de seguir tratándose para clasificar, acreditar y establecer protocolos en los centros sociales ante epidemias o pandemias, establecer planes, equipos y procedimientos de vigilancia epidemiológica, así como la implantación de buenas prácticas para una gestión preventiva.

Siendo cierto que se está avanzando considerablemente en este campo, debemos seguir incrementando las actuaciones y actualizando todos sus datos y protocolos para una mayor seguridad de los residentes y los trabajadores de los centros sociales.

ÁREA 6. ATENCIÓN A DOMICILIO

1. Descripción e importancia del área

La atención domiciliaria es un modelo de atención donde los cuidados se proporcionan en el hogar de la persona, trascendiendo de las ubicaciones clásicas de los centros sanitarios. Gracias a ella, somos capaces de proporcionar unos cuidados más personalizados, facilitando la prevención y el manejo adecuado de las enfermedades, asegurando que la persona pueda permanecer en su ambiente habitual el máximo tiempo posible y promoviendo una atención integral, integrada y humanista. La atención domiciliaria se ha convertido en un pilar fundamental dentro de las estrategias para potenciar la atención primaria.

Una de las principales ventajas de la atención domiciliaria es su capacidad para ofrecer un cuidado más personalizado y humanizado. Los pacientes reciben atención en la comodidad de su hogar y dentro de su comunidad, lo cual no solo aumenta su bienestar emocional, sino que también favorece un entorno de confianza y seguridad. Este enfoque centrado en la familia y en la comunidad, impacta positivamente en la recuperación y en el manejo de enfermedades crónicas, permitiendo una mejor adherencia a los tratamientos y un seguimiento más cercano por parte de los profesionales de la salud. Además, este enfoque es capaz de optimizar los recursos sanitarios, reduciendo la necesidad de hospitalizaciones y la frecuentación en los centros de atención primaria.

La atención domiciliaria proactiva, es decir, a iniciativa del profesional de la salud, refuerza la prevención y la promoción de la salud. Los profesionales de salud que visitan los hogares pueden identificar de manera proactiva factores de riesgo y realizar intervenciones tempranas, evitando complicaciones futuras y reduciendo la incidencia de enfermedades graves, así como detectar situaciones de sobrecarga del cuidador principal. Esta atención integral e integrada es especialmente importante para personas en situación de cronicidad y fragilidad.



Potenciar una atención domiciliaria multidisciplinar, en los sistemas de salud, permite abordar las necesidades del paciente de manera mucho más integral, superando la visión biomédica clásica. Tampoco debemos olvidar el tejido comunitario que rodea al domicilio de la persona, es decir, las asociaciones, las corporaciones locales, ONGs, el soporte social formal e informal, así como las organizaciones de pacientes o familias. El fortalecimiento del espacio comunitario contribuye positivamente al desarrollo de una atención domiciliaria eficaz, efectiva y eficiente en la que tengamos en cuenta el impacto no solo de la enfermedad sino también de la importancia que la soledad no deseada tiene en las personas, en su salud y en su entorno social.

La implementación de la atención domiciliaria, desde la perspectiva de la atención primaria comunitaria, también representa una solución sostenible para los sistemas de salud. La reducción de ingresos hospitalarios y la disminución de la estancia en hospitales se traducen en un ahorro significativo de costes. Experiencias internacionales han demostrado que este modelo puede reducir considerablemente los gastos sanitarios sin comprometer la calidad de la atención. Países como los Estados Unidos y los Países Bajos han logrado eficiencias considerables a través de programas de atención domiciliaria bien estructurados (Kaiser y Buurtzorg).

Por otro lado, la tecnología cada vez más juega un papel crucial en la efectividad de la atención domiciliaria. Herramientas como la telemedicina, los dispositivos de monitorización remota y las aplicaciones de salud digital permiten un seguimiento continuo y en tiempo real de los pacientes. Estas innovaciones facilitan la comunicación entre pacientes y profesionales de salud, asegurando una respuesta rápida y adecuada a cualquier cambio en el estado de salud del paciente.

En resumen, la atención domiciliaria es esencial para fortalecer el sistema sanitario, ofreciendo una atención más personalizada, integral y eficiente. Al centrarse en el hogar del paciente y en la comunidad, se mejora la calidad de vida, se optimizan los recursos sanitarios y se pone a la persona en el centro.

Respecto al análisis de las medidas asignadas a esta área 6 "Atención Domiciliaria", la puntuación asignada a esta área es de un total de 9,9 puntos sobre el total de 100 puntos de los que consta el índice FES. Esto la convierte en una de las áreas con más peso del índice. 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 corresponde a un 9,9% del total del índice.



Las medidas que se engloban en el área 6 “Atención Domiciliaria” son las siguientes:

ÁREA 6. ATENCIÓN A DOMICILIO

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

Medida 41 y 54. Atención domiciliaria integrada sanitaria y social

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

Medida 56 y 59. Herramientas para la mejora de la atención a domicilio. Gestión de casos.

Medida 57 y 58. Adecuación de los Recursos Humanos y Materiales

Medida 60. Sistematizar la atención domiciliaria

Medida 61. Mapa competencial en atención a domicilio

Medida 62. Hospitalización a domicilio y Cuidados paliativos en el domicilio

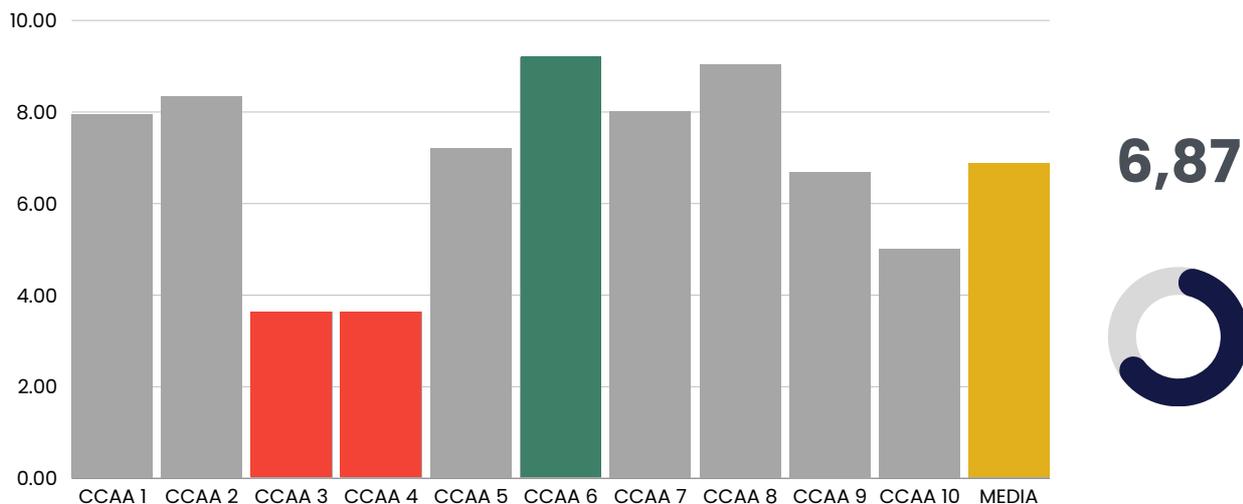
Desde la Fundación Economía y Salud, orientamos nuestros esfuerzos en proporcionar los conocimientos y las medidas concretas que permitan mejorar el Sector Salud en España. Para el comité científico de la Fundación Economía y Salud, desde nuestros primeros análisis del sector salud en España, la Atención Domiciliaria siempre ha tenido un papel relevante y es por lo que, estratégicamente, permanece como un área de trabajo independiente dentro del índice FES.

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

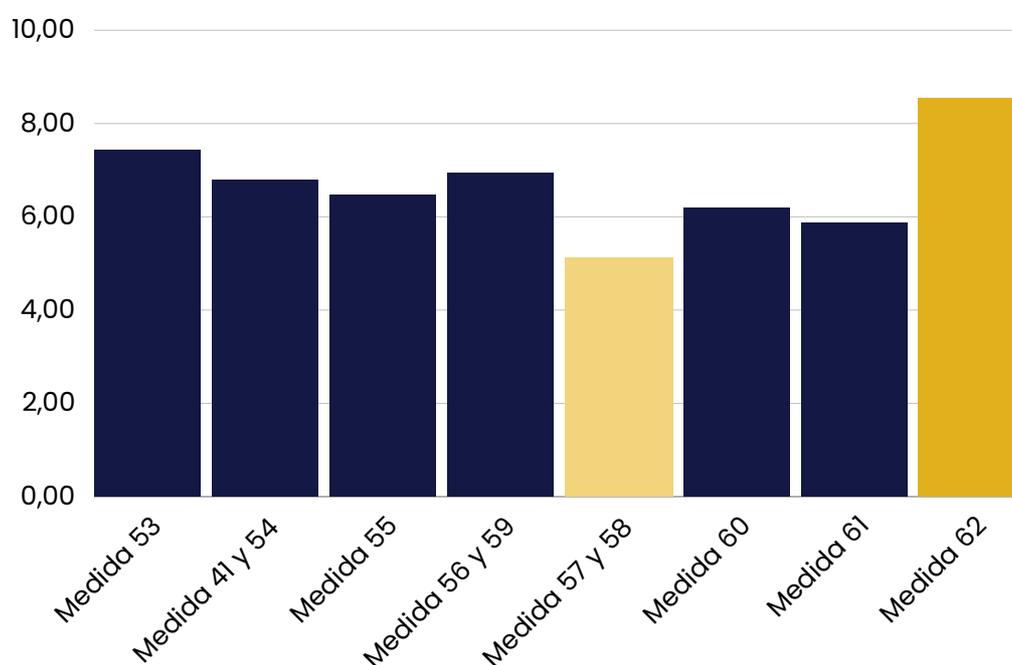
2.1. Valoración

Analizando la contribución del área 6 al índice FES, las medidas que aportan mayor peso corresponden a la medida 62 “Hospitalización a domicilio y cuidados paliativos en el domicilio”, la medida 60 “Sistematizar la Atención Domiciliaria” y la medida 53 “Organizaciones sanitarias líquidas”. Por el contrario, adquieren menos peso, no siendo por ello menos importantes, las medidas 55 la 61, estando en la media el resto.

A nivel nacional, el desarrollo de esta área, respecto a las 10 CCAA que participan, ha sido de un 6,87 (en base 10) para una puntuación máxima posible de 9,9 puntos, quedando la distribución de la siguiente manera.



En general, el desarrollo del área de “Atención Domiciliaria” ha sido notable, con seis CCAA obteniendo puntuaciones por encima del 7, tres CCAA con una puntuación entre 5 y 7 y solamente dos de ellas con una puntuación inferior a cinco. Respecto a los datos declarados, esto indica que, en general, las CCAA están trabajando ampliamente en desarrollar las medidas para potenciar la Atención Domiciliaria y en línea con las recomendaciones del Índice FES:



Como podemos observar en el gráfico anterior, respecto al desarrollo de las medidas que conforman el área 6, las más puntuadas han sido la 62 “Hospitalización a domicilio y Cuidados paliativos en el domicilio” y las medidas 41 y 54 “Atención domiciliaria integrada sanitaria y social”. Las menos desarrolladas han sido la 57 y 58 “Adecuación de los recursos humanos y materiales” y la 61 “Mapa competencial en atención a domicilio”



La medida 62 "Hospitalización a Domicilio y Cuidados paliativos a domicilio" con una puntuación de 8,53, pese a tener una distribución y modelo diferente, según CC.AA., en términos general muestra la buena salud respecto al desarrollo de estas unidades a nivel nacional.

Actualmente se cuenta con aproximadamente 120 unidades de hospitalización a domicilio, manifestándose un crecimiento significativo durante los últimos años, y aproximadamente 100 equipos de cuidados paliativos domiciliarios, aún lejos de las cifras de nuestro entorno. Ambas prestaciones ofrecen una atención de calidad, personalizada y en el domicilio del paciente, en un entorno más humanizado y costo-efectivo, ofreciendo muchas ventajas tanto para el paciente como para sus familias.

En segundo lugar, en grado de cumplimiento las medidas 41-54 "Atención domiciliaria integrada sanitaria y social", que nos indican la importancia de establecer un enfoque coordinado y multidisciplinar para atender tanto las necesidades de salud como las de bienestar social con el objetivo de establecer un modelo de cuidado centrado en la persona con una visión comunitaria. Además, esta medida promueve la coordinación eficaz entre los diferentes niveles de atención (primaria y hospitalaria) con los servicios más puramente sociales estableciendo sinergias, evitando ineficiencias y proporcionando una atención más personalizada.

En esta edición del índice FES, la medida 53 mejora su puntuación respecto a los valores previos obteniendo un 6,80 sobre 10, lo cual implica que se han desarrollado intervenciones para evolucionar desde un modelo de atención orientado a los centros de trabajo hacia una organización líquida y de trabajo en red, donde toda la organización gira en torno al domicilio haciendo uso de todos los recursos disponibles (visita, telefónica, eHealth y mHealth entre otras).

La Medida 55 referida a "Ampliar el ámbito de actuación domiciliaria en función de las diferentes modalidades ambulatorias", disminuye en esta edición situándose en un 6,47 sobre 10. Esta medida pretende orientar nuestra cartera de servicios hacia el exterior de los centros, transformando los modelos de atención, tanto en hospitales como en centros de salud, hacia entornos más próximos al ciudadano, tales como su domicilio entendido en un sentido amplio de hogar, como pueden ser los centros sociosanitarios.

Otra de las medidas que evolucionan positivamente corresponden a la 56-59 "Herramientas para la mejora de la atención a domicilio. Gestión de casos", que identifica la presencia y/o ausencia de 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 6,94. La gestión de casos está respaldada por múltiples evidencias que demuestran su efectividad tanto en la mejora de la coordinación de la atención, en la reducción de hospitalizaciones y reingresos, en la mejora de la satisfacción del paciente, en la reducción de los costes sanitarios, así como de la mejora en los resultados en salud. Es evidente que la gestión de casos no está desarrollada en todos los servicios de salud actualmente y precisa una mayor adopción. Esta medida también tiene en cuenta la adopción de la visita no presencial o telemática a través de la adopción y herramientas tecnológicas para tanto ciudadanos como profesionales puedan contactar.

La medida que ha obtenido una puntuación menor, según la información declarada y con 5,13 puntos, corresponde a la medida 57-58 “Adecuación de los Recursos Humanos y Materiales”. Esta medida hace referencia principalmente a la correlación entre los estándares recomendados en cuanto a cobertura y dotación de unidades y las ratios que tenemos actualmente en nuestro país tanto a nivel de hospitalización a domicilio como de la creación de unidades de cuidado paliativos domiciliarios. Supone una oportunidad de mejora y en este informe la identificamos de esa manera.

La medida 60, referente a “Sistematizar la atención domiciliaria”, alcanza un gran grado de desarrollo medio, obteniendo la tercera puntuación más baja con un 6,19 sobre 10. En esta medida 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 y la prevención de la enfermedad en la atención a domicilio. El resultado de cumplimiento de esta medida nos indica que la implementación de las medidas recomendadas todavía tiene una oportunidad de desarrollo y se identifica como una oportunidad para continuar trabajando desde las comunidades autónomas.

La medida 61 descrita como “Mapa competencial en Atención a Domicilio” ha obtenido la segunda puntuación más baja, con un grado de desarrollo medio, obteniendo una puntuación de 5,86 (en base 10) sobre la información declarada. Esta medida se refiere a si se ha definido, a nivel institucional, un mapa competencial para cada una de las profesiones que participan de la atención comunitaria, así como de la existencia de formaciones en competencias específicas para los profesionales y la posterior evaluación de estas. En general es una medida en la que invertir y se identifica como una oportunidad de mejora para futuras ediciones.



2.2. Recomendaciones

Mediante el análisis de los datos declarados, remitidos por las 10 CCAA participantes, podemos conocer el estado de desarrollo del área en su conjunto, la capacidad para orientar los servicios de salud hacia la mejora en resultados mediante la incorporación de las medidas propuestas y, a su vez, establecer un sistema de benchmarking que permita comparar las CCAA entre ellas. Gracias a este informe, desde la Fundación Economía y Salud, establecemos una serie de recomendaciones en base a la evaluación de la información recibida. A la vez que todas las medidas están interrelacionadas, debiendo entenderse como una serie de áreas y acciones complementarias en su conjunto, las recomendaciones también están orientadas a ese fin y en ese contexto encomendamos realizar un análisis global del informe.

El éxito en la implementación de estas recomendaciones pasará por definir acciones mínimas viables que permitan intervenir en los procesos de manera ágil y mediante estrategias multifactoriales y sensibles a la realidad. La capacidad de personalizar estas medidas y hacerlas realidad en los contextos locales, en definitiva, son hitos clave para el éxito.

Desde una mirada estratégica, nuestra principal recomendación pasa por continuar apostando por la atención domiciliaria, entendida como una filosofía de atención en la que trascendemos de los modelos clásicos, en la mayoría de las ocasiones orientados hacia el hospital, para conseguir una mirada más comunitaria de la atención, donde el hogar es clave para el ciudadano y desde el que podemos prestar una atención más personalizada, ya sea presencial o telemática. Para ello, proponemos continuar trabajando en un modelo de atención domiciliaria sistematizado, proactivo, que gestione el caso más allá de la enfermedad y ponga el foco en los determinantes de la salud de Lalonde evolucionando desde un concepto clásico de sanidad hacia otro más integral y humanista de la salud.

Cuando proponemos reorientar el modelo hacia paradigmas no tradicionales es importante que en la elaboración del mensaje se establezcan estrategias de comunicación y de gestión del cambio eficaces. Además, establecer modelos de cambio implica tener la capacidad de identificar a los actores, también llamados disruptores, que permitan acelerar, con relativa capacidad y libertad, todas aquellas medidas identificadas como de éxito por su factibilidad e impacto. Actualmente existen muchas disciplinas en la atención primaria que están evolucionando y que cada vez aportan más en la cadena de valor. Y, además, existen otras que se están incorporando progresivamente, como los Enfermeros/as especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, que prometen un salto cualitativo, mediante fórmulas de co-liderazgo



compartido a través de modelos de cuidados más transversales e integrales para las personas. Es una oportunidad clara para convertirlos en impulsores y que sirvan como agentes del cambio.

Como complemento a lo anterior, no debemos olvidar establecer modelos de co-gobernanza a través de la participación comunitaria, tanto de pacientes como de asociaciones y entidades/corporaciones locales. Clásicamente la sanidad ha ejercido un modelo de atención muy paternalista, pero, desde una perspectiva de atención domiciliaria integrada en la comunidad, este paradigma deja de tener sentido.

Para el informe de este año recomendamos continuar desarrollando la implementación de equipos multidisciplinares que incluyan no solo médicos y/o enfermeros, sino que también tengan en cuenta a trabajadores sociales, fisioterapeutas y demás categorías presentes en nuestro modelo de atención comunitario. Es importante que estos equipos dispongan de plataformas digitales que favorezcan la coordinación entre todos los profesionales, pero también entre los ámbitos sanitarios y sociales, para asegurar una comunicación efectiva y que el diseño de los objetivos sea conjuntos y consensuados, también con los ciudadanos.

Debemos continuar potenciando el trabajo en red a través de la colaboración entre niveles asistenciales y con el espacio comunitario y sociosanitario para integrar servicios y recursos disponibles. La utilización de herramientas móviles interoperables, en las que además puedan participar los pacientes, ha superado la nuestra realidad previa y actualmente, ya afianzada la era post-PC, deberemos adaptarnos a los cambios para continuar siendo eficaces en el domicilio, utilizando las herramientas lo más universales y eficientes posibles. Es importante continuar desarrollando la gestión de casos, tanto a nivel de profesionales, mediante la adquisición de competencias para el manejo de casos complejos, como en el desarrollo de sistemas de gestión de casos electrónicos en la línea de la recomendación anterior.

Un adecuado análisis de la situación debe ser capaz de integrar una evaluación de la efectividad clínica, de la eficiencia en cuanto a la evaluación de resultados y tiene que ser capaz de tener en cuenta la experiencia del paciente (PREMs). Solamente de esta manera se puede realizar una adecuada estimación del número de profesionales y de recursos disponibles para atender a la población mediante estrategias de acción domiciliaria. Además, es mucho más costo-efectivo que estos profesionales estén previamente capacitados y que tengan los equipos y materiales necesarios para realizar una adecuada atención, incluyendo dispositivos relacionados con la eHealth y la mHealth, así como para situaciones de urgencias.



En la línea de la recomendación anterior, consideramos especialmente importante avanzar en la creación de un mapa competencial que defina claramente las habilidades y conocimientos necesarios para cada uno de los roles que participan en la atención domiciliaria. Este análisis debe ser la base para establecer un itinerario formativo y debe empoderar las herramientas de evaluación de las competencias para establecer ciclos de mejora continua en relación con esta actividad. En este sentido, es primordial comenzar por la base el lugar de por las herramientas finales. Es necesario establecer ese mapa competencial.

Por último, en base a la información declarada y analizando el número de unidades de hospitalización a domicilio y de cuidados paliativos domiciliarios, es importante continuar desarrollando este tipo de modalidad de atención, con objeto de que determinadas personas, que precisen de una mayor intensidad de cuidados, puedan permanecer el máximo tiempo posible en su hogar, rodeado de sus familias y sin provocar desarraigo en su comunidad. Estos programas es importante que tengan en cuenta tanto el apoyo emocional como social tanto para el paciente como las familias y los cuidadores formales/informales garantizando una atención integral y humanizada.

ÁREA 7. EVALUACIÓN Y BENCHMARKING

1. Descripción e importancia del área

Los sistemas sanitarios se encuentran sometidos a un nivel de exigencia creciente. La sociedad demanda la dispensación de prestaciones sanitarias de manera rápida, efectiva y segura; mientras que las entidades financiadoras esperan que esta se produzca bajo un exhaustivo control del gasto. Esta situación dibuja un escenario complejo, en el que es necesario disponer de información fiable y de calidad para los diferentes niveles de toma de decisiones. Para ello, la evaluación de las tecnologías sanitarias y de los servicios de salud constituye, en la actualidad, una práctica de importancia indiscutible que, junto con las técnicas de benchmarking, son capaces de guiar a los sistemas sanitarios hacia la consecución de los mayores estándares de calidad y eficiencia.

La evaluación también constituye una dimensión fundamental durante el desarrollo y la implantación de tecnologías sanitarias, habiendo adquirido una importancia creciente en las últimas décadas. Su necesidad de aplicación es ya una premisa incuestionable para cualquier tecnología, especialmente para aquellas de reciente incorporación al mercado sanitario. Ya sean sobre innovaciones diagnósticas, terapéuticas o preventivas, las diferentes técnicas existentes, correctamente aplicadas, permiten generar evidencia científica para conocer si estas son realmente efectivas; y también para garantizar si pueden considerarse seguras tanto para pacientes como para los usuarios. No obstante, estos pasos pueden considerarse necesarios, pero no suficientes.

Posteriormente, la tecnología de interés también deberá ser objeto de estudio desde una perspectiva económica, a través de análisis de coste-oportunidad que permitan medir su impacto sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. Para ello, los estudios de coste-efectividad deben complementarse con otras valoraciones que integren dimensiones como la adecuación, la relevancia, la utilidad, el grado de aceptación, la factibilidad o el retorno social de la tecnología; culminando, consecuentemente, con una rigurosa comparativa entre alternativas asistenciales existentes.

Por otro lado, las diferentes metodologías de evaluación permiten conocer el estado de situación de cada servicio de salud y, con ello, también el margen de acción existente para alcanzar una meta determinada. Consecuentemente, evaluar se posiciona como la única opción para poder medir el progreso en la consecución de cada objetivo. Y, por tanto, también constituye la mejor herramienta para comprobar si las decisiones tomadas y las medidas adoptadas están resultando verdaderamente efectivas o si, por el contrario, podrían beneficiarse de un nuevo enfoque y orientación. Todo ello es, además, aplicable a los diferentes niveles de organización sanitaria.

En el ámbito de la macrogestión, permite definir un mapa de recursos asistenciales que den respuesta a las necesidades poblaciones; así como también anticipa resultados sobre la efectividad de determinadas medidas de salud pública. En mesogestión, la evaluación se hace indispensable para comprobar el progreso hacia objetivos institucionales, como aquellos definidos en los acuerdos del contrato programa, pero también para poder superar con éxito cualquier tipo de auditoría interna o externa. Y, por supuesto, en microgestión, el desarrollo y la aplicación de los indicadores adecuados posibilita la medición de resultados en salud, ya sea en términos de efectividad o de seguridad.

Complementariamente, los beneficios de estas prácticas pueden maximizarse considerablemente si se acompañan de un adecuado ejercicio de transparencia a todos los niveles. Gracias a las diferentes técnicas y modalidades existentes de benchmarking, pueden identificarse aquellas instituciones o grupos de trabajo que alcanzan los mayores niveles de calidad y eficiencia en los distintos ámbitos existentes. Este enfoque permite establecer una comparación con los mejores, suponiendo, principalmente, ejemplos de buenas prácticas cuya replicación podría extender sus beneficios a otras áreas o modelos asistenciales. Pero, por otro lado, también aporta una visibilidad institucional significativa, sirviendo como un merecido reconocimiento, fruto de un trabajo bien realizado. Si bien el Benchmarking puede realizarse a distintos niveles (interno, competitivo, genérico, etc.), todos ellos aportan interesantes ventajas a las instituciones.

De cualquier forma, evaluación y benchmarking no pueden considerarse áreas aisladas, sino que muchos de sus componentes se encuentran también representados en otras secciones de este Índice FES, como la Seguridad del Paciente o las Compras y Gestión. Por ello, aunque el área 7, relativa a la Evaluación y Benchmarking, tiene asignada una puntuación de 6,6 sobre el total de 100 puntos de los que consta el índice FES, su carácter transversal le otorgaría un peso indirecto global de mayor índole.

Las medidas que se engloban en el área 7, Evaluación y Benchmarking, son las siguientes:

ÁREA 7. EVALUACIÓN Y BENCHMARKING

Medida 63. Coordinación con agencias de evaluación sanitaria

Medida 64. Disponibilidad de los resultados de las 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 del impacto económico en sanidad de factores de riesgo

Medida 71. Medición del impacto de las intervenciones en salud en el ámbito social, económico y medioambiental

Medida 76. Evaluación de riesgos de las nuevas tecnologías

El área de Evaluación presenta un largo recorrido dentro de las iniciativas de la Fundación Economía y Salud, encontrándose ya como área de trabajo específica en la publicación de *100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud*, del 2015. En los años posteriores, este documento fue seguido por otros de igual importancia, como *100 medidas que mejoran el sector de la salud* o los *Informes de Medias Nacional* en sus ediciones de 2021 y 2022.

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

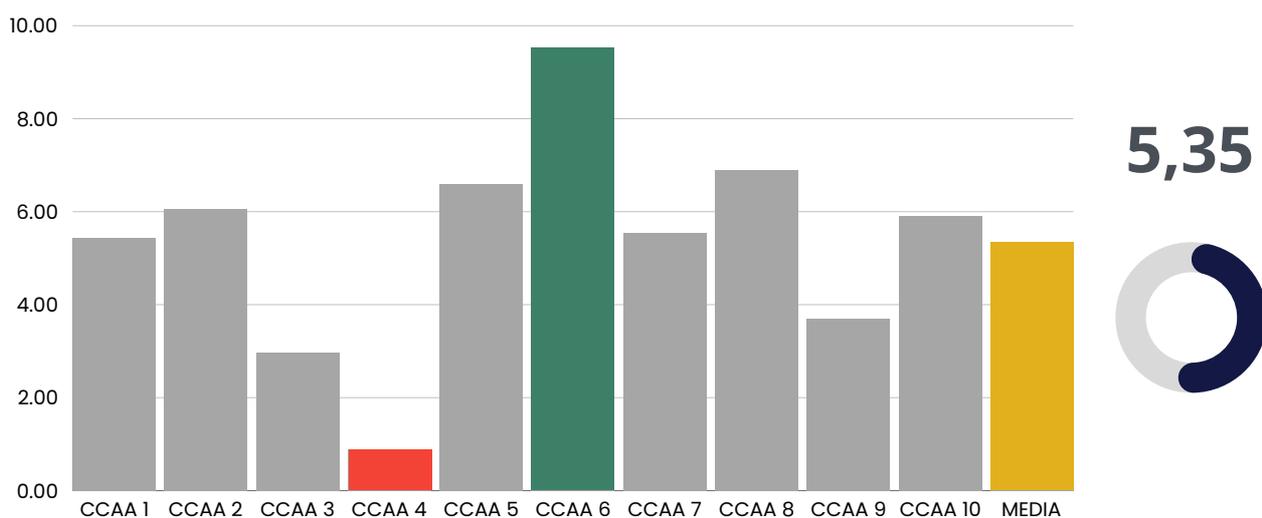
2.1. Valoración

Del total de puntos que abarca el área 7 “Evaluación y Benchmarking”, los indicadores con mayor peso son los correspondientes a las medidas 65 “Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica” y 67 “Indicadores triple meta en el Servicio de Salud”, pues cada uno de ellos representa un 23% de los puntos de esta área. Dicha posición destacada se debe al mayor número de indicadores incluidos, así como a la importancia de sus contenidos.

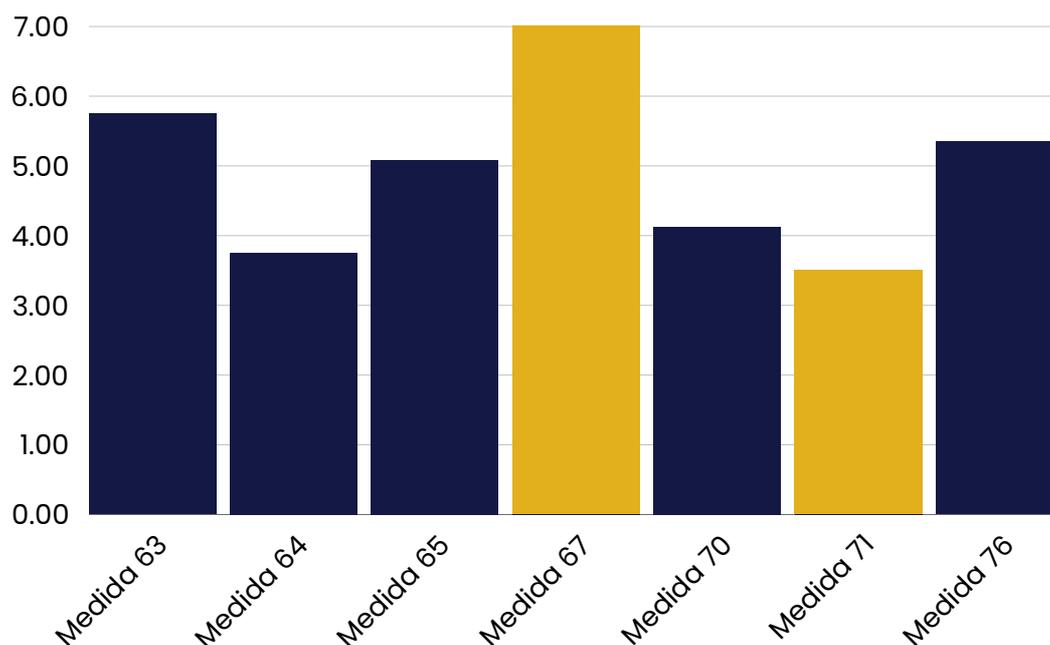
La disponibilidad de la última evidencia científica a través de los sistemas de historia clínica o de bibliotecas virtuales; la monitorización de la consulta de tales fuentes de información, y la existencia de indicadores que permitan realizar un adecuado benchmarking entre centros, unidades asistenciales o profesionales sanitarios son solo algunos ejemplos de aspectos recogidos en estos indicadores.

Les siguen las medidas 63 “Coordinación con agencias de evaluación sanitaria” y 76 “Evaluación de riesgos de las nuevas tecnologías” con un peso relativo del 15% del valor total de esta área. Mientras, las medidas 70 “Evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo” (9%), 64 “Disponibilidad de los resultados de las evaluaciones tecnológicas” (8%) y 71 “Medición del impacto de las intervenciones en salud en el ámbito social, económico y medioambientales” (8%) son las que tienen una representación menor sobre la puntuación total. Esto, sin embargo, no es consecuencia de una menor relevancia de su contenido, sino que se explica por el hecho de que tales indicadores comprenden un número menor de indicadores y, por tanto, de elementos evaluados.

A nivel nacional, el área 7 “Evaluación y Benchmarking” ha obtenido una puntuación media de 5,35 sobre 10 para las 10 CCAA participantes.



Se observa bastante variabilidad entre CCAA, con una comunidad que prácticamente obtiene el 10 y otra que no llega a sumar 1 punto y se queda en 0,89.



La medida que cuenta con un mayor grado de cumplimiento es la 67 “Indicadores triple meta en el Servicio de Salud”, con un 7,00. En este sentido, se observa un desarrollo importante de la puesta a disposición de datos de resultados hacia los profesionales. En 6 CCAA está disponible totalmente la comparación entre centros, y solo 1 manifiesta no tener ningún desarrollo al respecto.

Hay 5 CCAA que, además, han desarrollado totalmente la comparación entre servicios clínicos del mismo hospital y entre servicios similares entre centros. Algo más de área de mejora contempla la evaluación de la disponibilidad de datos de comparación entre profesionales. Sin duda una barrera que todavía cuesta romper en la mayoría de las CCAA. Solo 3 han puntuado el máximo en este ítem.

La evaluación de esta medida contempla los siguientes indicadores:

- Hay indicadores que faciliten la comparación de resultados entre centros sanitarios. Los cuadros de mandos disponibles para los profesionales permiten establecer comparativa entre centros.
- Hay indicadores que faciliten la comparación de resultados entre servicios sanitarios. Los cuadros de mandos disponibles para los profesionales permiten establecer comparativa entre servicios del mismo hospital y servicios de la misma área clínica de centros comparables.
- Hay indicadores que faciliten la comparación de resultados entre profesionales sanitarios. Los cuadros de mandos disponibles para los profesionales permiten establecer comparativa entre profesionales del mismo servicio y del mismo centro.

La medida 71 “Medición del impacto de las intervenciones en salud en el ámbito social, económico y medioambiental” es la que tiene menor puntuación media, obteniendo 3,50 sobre 10, lo que traducido a la escala de 1 a 4 nos ubicaría en el entorno de “poco” o “se hizo hace tiempo”, y esto indica que no se trata de una dinámica incorporada a la estrategia del servicio de salud. Son 7 las CCAA que declaran no medir el impacto social de las actuaciones sanitarias.

Respecto al resto de medidas, se repasan por el siguiente orden:

Medida 63 “Coordinación con agencias de evaluación sanitaria”. A pesar del desarrollo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS) sigue habiendo CCAA que declaran no formar parte de la misma, o no tener acuerdos documentados. Solo 3 CCAA declaran tener convenios de colaboración actualizados y en vigor. En total son 6 agencias regionales las que actualmente forman parte de RedETS.

Con respecto a la preocupación de los sistemas regionales de salud por medir la variabilidad clínica, se aprecia algo más de avance entre las CCAA, y son 4 las que declaran disponer de más de 10 indicadores al respecto.

Medida 64 “Disponibilidad de los resultados de las evaluaciones tecnológicas”. Tan solo 1 CCAA tiene accesibles los resultados de las evaluaciones de tecnologías sanitarias desde la historia clínica. La mayoría declaran accesibilidad a través de un portal externo. La media obtenida es de 3,75 por lo cual es la medida con segunda menor puntuación, después de la medida 71.

Medida 65 “Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica”. En esta medida se monitorizan 3 aspectos. De un lado, la disponibilidad de acceso a la evidencia desde la propia historia clínica, la disponibilidad de acceso a bibliotecas virtuales, y por último pedíamos conocer si el sistema regional de salud está monitorizando la adherencia de los profesionales a las recomendaciones. Aunque la puntuación media de esta medida supera el 5, se evidencian importantes áreas de mejora en el acceso a la mejor evidencia disponible desde la historia clínica.

Medida 70 “Evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo”. En este caso se pregunta por análisis específicos del impacto económico de factores de riesgo como el tabaquismo y la obesidad, donde solo 1 CCAA declara tener monitorizados estos aspectos.

La mayoría declaran haber hecho evaluaciones puntuales en el pasado que no se han actualizado. La media obtenida es 4,13.

Medida 76 “Evaluación de riesgos de las nuevas tecnologías”. La última medida del área 7 pretende explorar la presencia de metodologías de evaluación de riesgos en las nuevas tecnologías sanitarias implantadas en el sistema. Quizá sea una de las respuestas con mayor variabilidad entre CCAA, pero con mayor consistencia en la respuesta a los dos indicadores que la componen. Esto explica que se haya quedado en el punto medio, como consecuencia de la presencia de respuestas extremas.

2.2. Recomendaciones

Basándonos en los resultados obtenidos, a continuación se establecen ciertas recomendaciones generales extensibles a la mayor parte del Sistema Nacional de Salud, y con ello, a los respectivos Servicios de Salud de las CCAA:

- Consideramos importante continuar potenciando la cultura de la evaluación en los diferentes niveles del sistema, desde el personal clínico hasta la macrogestión, tanto en la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias como en la medición del desempeño del sistema en términos de resultados.
- Por otro lado, sería interesante impulsar una reubicación estratégica de las estructuras y equipos de personas que se dedican a la evaluación y calidad, tanto en el ámbito de Consejerías como a nivel del organigrama hospitalario, dotándolas de los recursos necesarios para potenciar su capacidad de decisión, además de su mero rol de apoyo.
- Es relevante seguir desarrollando las redes interregionales para compartir datos y disponer de registros alimentados en todo el territorio que nos permitan obtener información sobre resultados y efectividad en vida real de tecnologías, con tamaños poblacionales suficientes como para que las decisiones estén mejor fundamentadas. Para ello, es necesario avanzar en la interoperabilidad de los sistemas de historia digital y los datasets sanitarios, caminando hacia el espacio sanitario de datos europeo.
- Se debe mejorar la accesibilidad y apertura de los cuadros de mando, llevándolos al máximo nivel de desagregación, para que sean realmente útiles para la toma de decisiones a todos los niveles.



Hoy día existen soluciones personalizables en el mercado sin necesidad de crear aplicativos desde cero. Las bondades que aporta la inteligencia artificial pueden ayudar también mucho a conseguir este objetivo.

- Es necesario incorporar la inteligencia artificial tanto a la evaluación de tecnologías, como al tratamiento de datos y el procesamiento de la información recogida en la historia clínica. Se debe incorporar también la inteligencia artificial al desarrollo de aplicativos útiles como apoyo a la decisión.
- Se debe mejorar la disponibilidad de la información sobre las tecnologías evaluadas, debiendo ofrecer la posibilidad del acceso directo a través de la historia clínica electrónica mediante enlaces a las citadas evaluaciones, de manera que puedan ser consultadas en la práctica diaria.
- Es importante convertir en rutinarias las evaluaciones en Salud Pública en términos de medir el impacto de determinados determinantes sociales y factores de riesgo.
- Se debe dotar del peso adecuado a la evaluación de los riesgos en la toma de decisiones a la hora de evaluar e incorporar nuevas tecnologías sanitarias.

ÁREA 8. SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Descripción e importancia del área

Tal y como estipula el *Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente debe ser concebida no sólo como un objetivo de calidad asistencial, sino también como un derecho humano básico y fundamental.

Si bien esta consideración ya había sido anticipada anteriormente por otras iniciativas de alcance tanto nacional (*Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud*) como internacional (*Declaración de Londres*, impulsada por la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente), sigue constituyendo uno de los principales retos de los sistemas sanitarios. Así, la seguridad del paciente es, más que una meta, un requisito indispensable para la actividad asistencial.

Para conseguirlo, la OMS recomienda la implementación de un marco de acción con siete objetivos de interés, entre los que destacan: el establecimiento de sistemas y organizaciones de salud de alta fiabilidad; la garantía de seguridad de los procesos clínicos; la participación y empoderamiento de pacientes y familiares; y la educación, capacitación y protección de los profesionales sanitarios. La persecución de estos objetivos, a partir de la aplicación de estrategias específicas, conduce a la obtención de un sistema integral de seguridad, con el que afrontar desafíos presentes y futuros.

Entre los presentes, no se debe descuidar el mantenimiento y consolidación de todas aquellas medidas que ya se han demostrado especialmente seguras y efectivas, y que, aunque se encuentren presentes en los programas de la mayor parte de los Servicios de Salud, aún cuentan con cierto margen de implementación y cumplimiento.



Entre ellas, destacan la indicación de prácticas clínicas seguras, incluyendo la aplicación de bundles de prevención de la infección o de seguridad quirúrgica; la conformación de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgo que aspiren a alcanzar un alto grado de integración y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales existentes; la mejora de los sistemas de notificación, habitualmente desconocidos y mayormente infrautilizados; o el desarrollo periódico de estudios epidemiológicos de identificación de eventos adversos, indispensables para conocer el estado de situación de cada centro.

A ellos debemos sumarles otras líneas de trabajo que, aunque han copado una mayor atención en los últimos años, aún presentan un amplio margen de mejora en nuestros sistemas sanitarios. Una de ellas es, sin duda, la adecuación sanitaria, orientada a disminuir las prácticas clínicas de escaso valor o para las que existen alternativas más costo-efectivas. La iniciativa Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España o su homóloga Choosing Wisely, en los Estados Unidos, se posicionan como proyectos colaborativos que tratan de disminuir los riesgos para los pacientes a la vez que favorecen la eficiencia de los sistemas.

De igual manera, se comienzan a desarrollar campañas de concienciación y formación en materia de segundas y terceras víctimas, que tratan de apoyar a profesionales e instituciones que se hayan podido ver implicados, directa o indirectamente, en diferentes problemas de seguridad. Su abordaje debe ser amplio, actuando tanto a nivel de apoyo profesional, como en posibles repercusiones legales o jurídicas. Pese a que ya comienzan a desarrollarse interesantes iniciativas a este respecto, no cabe duda de que aún queda un largo camino por recorrer, que solo podrá realizarse con una alta predisposición y entendimiento entre instituciones y profesionales.

Podemos encontrar un escenario similar con el auge de la figura del paciente activo, que aumenta la participación y responsabilidad de este a varios niveles. En el ámbito asistencial, promueve el establecimiento de una comunicación bidireccional fluida entre pacientes y profesionales sanitarios, permitiendo que el primero actúe como una barrera más en la identificación y prevención de posibles incidentes de seguridad. En el ámbito del autocuidado, se aspira a una mayor alfabetización en salud, generando pacientes expertos capaces de disfrutar de una mayor autonomía y seguridad en la gestión de enfermedades crónicas. Para ello, deben promocionarse las ya existentes Escuelas de Salud para la Ciudadanía, que constituyen una importante red de apoyo y formación para los pacientes.

Todos estos ejemplos son un buen reflejo del precepto enunciado por Charles Vincent y René Amalberti en *Safer Health Care: Strategies for the Real World*, “la seguridad es un blanco en continuo movimiento”. Pero, a los retos anteriores, también debemos sumarles otros más recientes, para los que los sistemas aún deben adaptarse para minimizar sus potenciales riesgos asociados. Muchos están relacionados con las nuevas tecnologías que, aunque constituyen una parte fundamental del progreso sanitario y de la mejora de los resultados en salud, también deben estar sujetas a los criterios de calidad y seguridad más exigentes. La cirugía robótica, la telemedicina (incluyendo sus diferentes formatos) o los algoritmos de ayuda diagnóstica o terapéutica basados en inteligencia artificial son solo algunos ejemplos de innovación sanitaria que cumplen con estas premisas. En ese sentido, los sistemas sanitarios aún están a tiempo de anticiparse a desafíos que, previsiblemente, se harán más presentes a corto plazo.

De cualquier manera, la seguridad del paciente no puede considerarse un compartimento estanco. Sus mayores estándares solo pueden alcanzarse mediante la combinación simultánea de otras disciplinas estrechamente relacionadas como la evaluación de tecnologías sanitarias o la adecuada gestión de recursos humanos. Para ello, es imprescindible que se produzca una acción conjunta por parte de todos los agentes de interés. Esto comprende a todo el conjunto del Sistema Nacional de Salud, tanto en sus modelos de gestión pública como privada, pero también a las sociedades científicas, asociaciones de pacientes, industrias y otros implicados. Es necesario que sus órganos directivos muestren un apoyo directo y constante a este propósito. Y, en definitiva, debe conseguirse que la seguridad del paciente deje de tratarse como una dimensión principalmente teórica para encontrarse patente en la práctica clínica diaria del profesional sanitario. Solo mediante un compromiso integral y absoluto, podremos contar con una auténtica cultura de seguridad en nuestro medio.

Respecto al análisis de las medidas asignadas a esta área 8 de “Seguridad del Paciente”, su puntuación es de 9,3 sobre el total de 100 puntos de los que consta el índice FES. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, la seguridad del paciente también se aborda indirectamente desde otras disciplinas o líneas de trabajo, por lo que su peso final puede considerarse mayor.

Las medidas que se engloban en el área 8 “Seguridad del Paciente” son las siguientes:

ÁREA 8. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Medida 72. Impulso de la Estrategia para la Seguridad del Paciente

Medida 72.A. Formación y competencia del profesional en Seguridad del Paciente

Medida 73. Buenas prácticas en Seguridad del Paciente

Medida 73.A. Prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)

Medida 73.B. Seguridad del Medicamento y del Producto Sanitario

Medida 74. Gestión de eventos adversos

Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con la Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente ha tenido un papel destacado desde los primeros trabajos de la Fundación Economía y Salud: la publicación de 100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud, del 2015, ya contaba con un grupo de trabajo específico en este ámbito, cuyos resultados se beneficiaron de una traslación en forma de recomendaciones e indicadores gracias a la difusión de documentos posteriores, como 100 medidas que mejoran el sector de la salud o los Informes de Medias Nacional en sus ediciones de 2021 y 2022. Sin duda, la seguridad del paciente siempre ha sido considerada como un área de acción indispensable y prioritaria, como demuestra el continuo trabajo por parte de la Fundación Economía y Salud para que sea tratada como un área independiente.

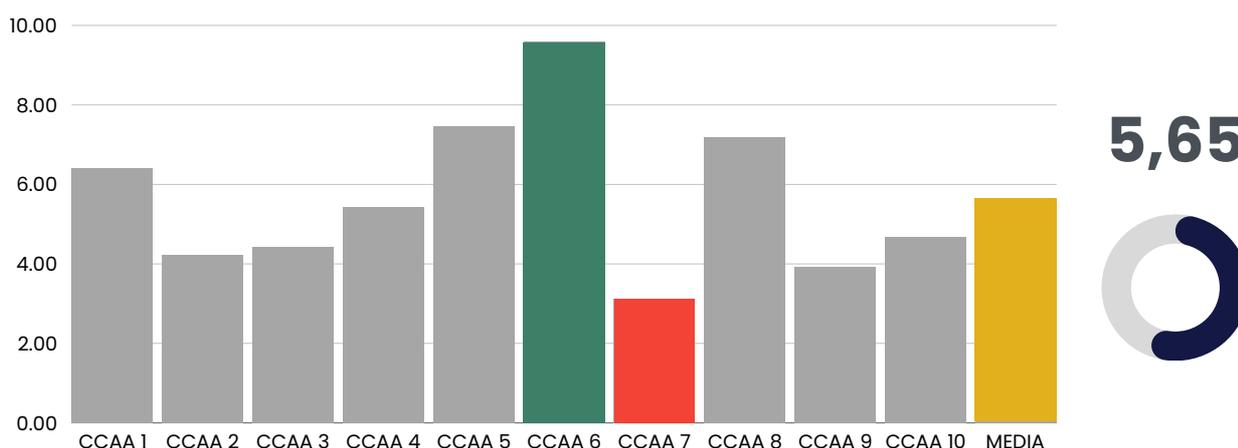
2.Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1. Valoración

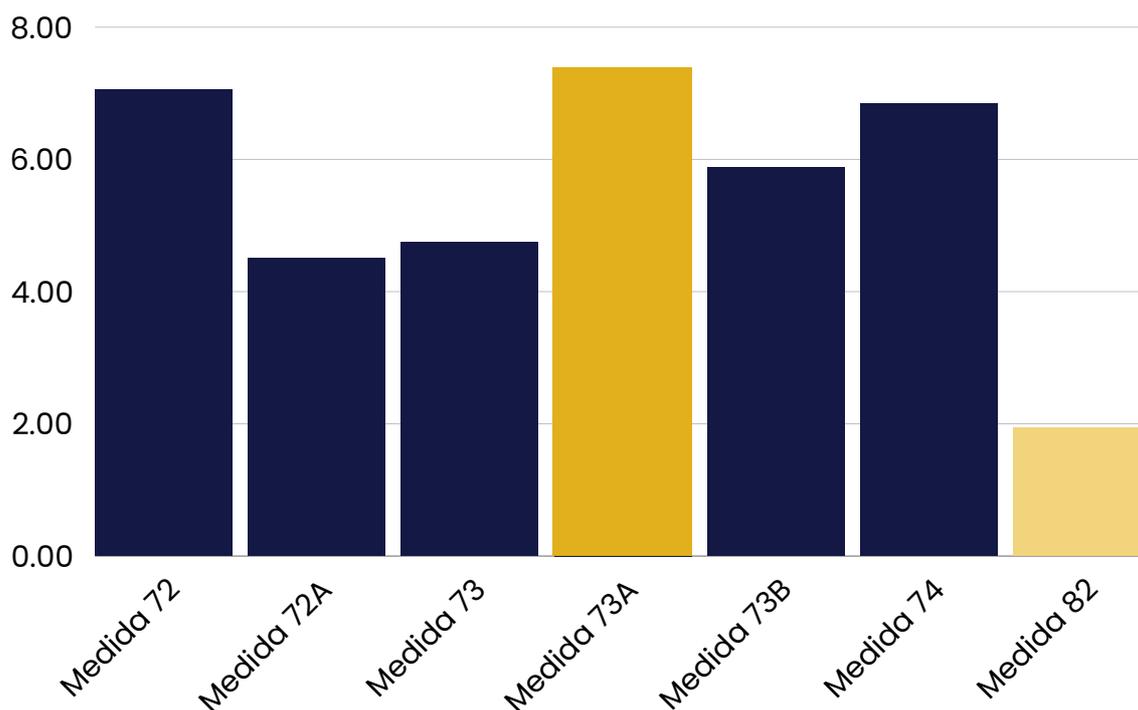
Del total de puntos que abarca la seguridad del paciente, el indicador con mayor peso es el correspondiente a la medida 74, relativa a la “Gestión de eventos adversos”, que representa un 25% de los puntos de esta área. Este valor puede explicarse por el número y la importancia de los indicadores contemplados dentro de esta medida como son: la existencia de sistemas de notificación; la accesibilidad a tales sistemas; la realización sistemática de análisis de eventos adversos y sucesos centinela; el establecimiento de recomendaciones específicas; la existencia de protocolos institucionales; la realización de estudios epidemiológicos mediante metodologías de medición específicas; o la existencia de programas de segundas víctimas.

Por su parte, las medidas 72, relativa al “Impulso de la Estrategia para la Seguridad del Paciente”, 72.A, correspondiente a la “Formación y competencia del profesional en Seguridad del Paciente”, 73.A, “Prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)”, 73.B, “Seguridad del Medicamento y del Producto Sanitario”, y 82. “Acreditaciones de calidad relacionadas con la Seguridad del Paciente”, tienen un peso relativo del 13% del valor total de esta área. Mientras, la medida 73. “Buenas prácticas en Seguridad del Paciente”, es la que abarca un menor peso sobre el total, representando un 11% de la puntuación final. No obstante, este hecho no debe interpretarse como un signo de menor importancia de tal indicador, sino como una consecuencia de integrar un menor número de indicadores de medición.

A nivel nacional, el desarrollo de esta área, considerando las 10 CCAA que participan, ha sido de un 5,65 sobre 10, quedando la distribución de la siguiente manera:



En general, el desarrollo del área 8, relativa a la Seguridad del Paciente, ha sido moderado. Si se lleva a cabo un análisis por CCAA, de las 10 participantes, 5 han obtenido una puntuación menor a 5; 4 se encuentran en el intervalo entre 5 y 8; y tan solo 1 supera una media de puntuación de 8. Esta amplia variación de valores puede tener diversas interpretaciones. Puede deberse, en su mayor parte, a las importantes diferencias en el desarrollo de líneas de actuación de Seguridad del Paciente, pero también puede ser consecuencia de una mayor severidad en las respuestas por parte de aquellas CCAA que han referido una menor puntuación.



Por otra parte, si se lleva a cabo un análisis individualizado de cada medida, también se encuentran diferencias de interés. Según la información recabada, la medida con mayor grado de desarrollo e implementación sería la medida 73.A, relativa a la “Prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)”, con una puntuación media de 7,38 sobre 10.

La puntuación destacada de esta medida puede considerarse un éxito del esfuerzo efectivo y constante que se ha realizado en las últimas décadas en esta materia. La elevada participación en estudios epidemiológicos de alcance nacional como el Estudio de Prevalencia de la Infección Nosocomial en España (EPINE), el desarrollo de campañas específicas de formación y concienciación en materia de higiene de manos, la implantación de los programas Zero (Neumonía Zero, Bacteriemia Zero, ITU Zero, etc.), o la extensión de los Programas institucionales de Optimización del uso de Antibióticos (PROA) suponen algunos ejemplos de éxito en este campo de actuación, que solo ha podido alcanzarse gracias al compromiso de los profesionales y de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

También ha obtenido una puntuación destacada la medida 72. “Impulso de la Estrategia para la Seguridad del Paciente”, con un 7,06 sobre 10. Este valor es coherente con el que se calculó en el pasado Informe de Medidas Nacional. Índice FES 2022, en el que se posicionó como la medida de Seguridad del Paciente con un mayor grado de cumplimiento.

En esta nueva edición, destaca la apuesta institucional por la creación y mantenimiento de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos (o Comisiones de Seguridad del Paciente), así como por la inclusión de objetivos alineados con la estrategia nacional de Seguridad del Paciente en los acuerdos de gestión.

De igual manera, la medida 74 “Gestión de eventos adversos”, ha obtenido, en general, un buen grado de cumplimiento, con una puntuación de 6,84 sobre 10. En ella, casi todas las CCAA confirman la existencia de sistemas de notificación de incidentes de seguridad fácilmente accesibles para el profesional, de registros de los análisis realizados de los eventos adversos identificados y de mecanismos de difusión de las recomendaciones asociadas.

Por su parte, la medida 73 B “Seguridad del Medicamento y del Producto Sanitario”, ha obtenido una puntuación más discreta, con un 5,88 sobre 10. En ella, se analiza la existencia de estructuras institucionales para la gestión integral de alertas de seguridad relacionadas con las tecnologías sanitarias, ya sean medicamentos o productos sanitarios. Su grado de cumplimiento es moderado, encontrándose, en este caso, grandes diferencias entre CCAA.

Las medidas 73. “Buenas prácticas en Seguridad del Paciente” y 72.A, “Formación y competencia del profesional en Seguridad del Paciente”, presentan puntuaciones variables por parte de las CCAA. No obstante, en términos generales, sus valores medios de 4,75 y 4,5 sobre 10, respectivamente, pueden interpretarse como un grado de cumplimiento moderado-bajo. Esta situación se acrecienta todavía más en la medida 82, “Acreditaciones de calidad relacionadas con la Seguridad del Paciente”, cuya puntuación media de 1,94 sobre 10 la sitúa como aquella con un menor cumplimiento y, por tanto, con una mayor potencialidad de mejora. Por ello, el análisis de estas tres medidas se desarrolla con mayor profundidad en el subsiguiente apartado de ‘Recomendaciones’, en el que se plantean estrategias de mejora, en clave positiva, para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

2.2. Recomendaciones

Una vez conocido el estado de situación, basándonos en las respuestas recibidas, pueden establecerse recomendaciones generales de aplicación para la mayor parte del Sistema Nacional de Salud.

En ese sentido, es aconsejable que el conjunto de los Servicios de Salud hagan una apuesta seria y sostenida para la obtención de acreditaciones, tanto propias como externas, relacionadas con la Seguridad del Paciente.

Estas constituyen un elemento fundamental en la mejora continua de la calidad asistencial de las instituciones sanitarias integrantes, suponiendo no solo un sello de prestigio y excelencia, sino también una ventaja competitiva altamente diferencial. Mediante las mismas, se garantiza el cumplimiento de estándares internacionales de calidad y se promueve una cultura organizacional centrada en el paciente. Sus beneficios, por tanto, son múltiples:

- Aumentan la confianza de pacientes, familiares y cuidadores en la atención recibida, lo que fortalece la reputación y la confianza en la institución sanitaria.
- Facilitan la identificación y el abordaje de áreas de mejora, promoviendo una mayor eficiencia operativa y reduciendo los riesgos de eventos adversos.
- Contribuyen a la formación, desarrollo e implicación del profesional sanitario a través de la adopción de buenas prácticas de seguridad, basadas en la última evidencia disponible.
- Fomenta la cultura de seguridad en la organización, al tener un impacto transversal sobre la práctica totalidad de niveles de atención sanitaria.
- Visibiliza un fuerte compromiso en materia de seguridad del paciente y calidad asistencial por parte de las instituciones.

Otro campo de actuación del ámbito de la seguridad del paciente que también presenta un amplio margen de mejora es el relativo a la formación del profesional sanitario. Pese a que diferentes instituciones internacionales de reconocido prestigio ya se han manifestado a favor de incluir contenido específico en los diferentes niveles formativos, su presencia en España continúa siendo testimonial, como también se desprende de los resultados del presente índice FES. Es imprescindible que comience a introducirse materia de seguridad tanto en programas universitarios oficiales como en títulos propios y a través de campañas de formación no reglada.

Por un lado, debe incluirse dentro de los programas académicos de los grados universitarios del ámbito biosanitario, haciendo que la seguridad del paciente se considere una dimensión indivisible de toda práctica clínica asistencial, incluso en la propia base de su marco conceptual.



Por otra parte, los centros sanitarios deben incorporar estos contenidos también en sus cursos de iniciación, en los programas de formación sanitaria especializada y en sus planes de formación continuada, con la posibilidad de abordar circunstancias locales y de mostrar protocolos de aplicación interna. Pero, además, las instituciones también pueden beneficiarse de programas específicos y periódicos para la evaluación de competencias de los profesionales en el ámbito de la seguridad del paciente, permitiendo conocer las necesidades formativas con mayor precisión, así como la posibilidad de establecer planes de acción dirigidos. Existen numerosos recursos que se han demostrado efectivos para cumplir con estos objetivos y, entre ellos, destacan diferentes herramientas de simulación que permiten un entrenamiento en entornos controlados y adaptables a las características de cada profesional. En su conjunto, esta área de acción se posiciona como especialmente prioritaria, pues la formación en Seguridad del Paciente constituye el camino más rápido y efectivo para conseguir implementar una auténtica cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias.

Por otro lado, las instituciones sólo podrán proporcionar a sus pacientes los mejores resultados en salud a través de una estricta y rigurosa implementación de la medicina basada en la evidencia. Su traslación, en términos de seguridad del paciente, se hace especialmente patente con la selección y aplicación de buenas prácticas, que se han demostrado particularmente efectivas y eficientes en la reducción de incidentes de seguridad.

El amplio consenso internacional que existe sobre sus potenciales beneficios y su elevado grado de aceptación por parte del profesional posicionan a las 'buenas prácticas en Seguridad del Paciente' como un recurso accesible, factible y efectivo para mejorar la calidad asistencial de las organizaciones.

No obstante, tal y como se recoge en los resultados del presente índice FES, es necesario que tales prácticas sean recopiladas y difundidas a través de repositorios institucionales que, además de ser fácilmente accesibles, sean también actualizados de manera frecuente y de acuerdo con las últimas metodologías de *evidencia viva*. Adicionalmente, la utilidad de esta medida podría maximizarse con la introducción complementaria de indicadores específicos que permitan medir no solo la existencia de estos repositorios de buenas prácticas, sino, en última instancia, su grado aplicación real en la práctica clínica habitual.

Asimismo, los Servicios de Salud que conforman el Sistema Nacional de Salud también presentan cierto margen de mejora en sus competencias sobre la recepción, gestión, difusión y notificación de alertas de seguridad de medicamentos y productos sanitarios. Pese a que algunas CCAA cuentan con estructuras institucionales bien integradas dentro de los diferentes niveles asistenciales, sería recomendable acortar los tiempos de respuesta, instaurar una detallada trazabilidad de las acciones correctivas adoptadas y establecer una mayor coordinación entre instituciones que permita reducir los pasos intermedios comunes.

En otros términos, aunque algunas medidas hayan alcanzado puntuaciones especialmente elevadas, esto no es óbice para destacar indicadores concretos que también pueden beneficiarse de acciones específicas. Dos buenos ejemplos se encuentran dentro de la medida 74 “Gestión de eventos adversos”. Por una parte, la realización de estudios activos de medición y caracterización de eventos adversos mediante metodologías específicas sigue siendo escasa. Su abordaje es complejo, pero no imposible. Si bien se necesita disponer de suficientes recursos para la realización de estos proyectos, también pueden simplificarse mediante diseños de corte transversal que suelen aportar eficiencia, manteniendo buenos niveles de precisión y sensibilidad en el dato. Por otro lado, tampoco se cuenta aún con un grado de desarrollo adecuado en programas específicos para segundas víctimas. Aunque este es un problema global en el que aún queda mucho margen de mejora a nivel internacional, el Sistema Nacional de Salud se encuentra a tiempo de implementar un plan nacional que le posicione como un referente en la materia.

De cualquier manera, la interpretación de los resultados y de las recomendaciones incluidas en este índice FES no pretende ser un ejercicio cerrado de conclusiones categóricas, sino todo lo contrario. De hecho, es altamente aconsejable que, para obtener el máximo provecho, cada CCAA participante lleve a cabo un análisis crítico para dilucidar si los recursos referenciados, además de existir, son realmente utilizados; e, incluso, si tal uso se realiza de manera adecuada. En este sentido, dentro de este índice existen indicadores que han obtenido un alto grado de cumplimiento que, sin embargo, suelen encontrarse ampliamente infrutilizados tanto a nivel nacional como internacional. Ejemplos de ello son la existencia de programas de mejora en materia de higiene de manos o de sistemas de notificación de eventos adversos. En ambos casos, su existencia y medición de cumplimiento suelen considerarse indicadores insuficientes, pues, por sí solos, no aseguran su correcta utilización, ni tampoco su realización con una frecuencia mínima aceptable.



Por último, tan importante es progresar en áreas de mejora como mantener aquello que ya se realiza correctamente. A este respecto, es imprescindible reconocer y felicitar a los participantes por todas aquellas medidas implementadas con éxito y animar a que se mantengan los esfuerzos en tales áreas de acción, perpetuando los mejores estándares de calidad y suponiendo un ejemplo de buenas prácticas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

ÁREA 9. SALUD LABORAL, CAPITAL HUMANO Y HUMANIZACIÓN DEL TRABAJO

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 Aim”, o Triple Objetivo, modelo acuñado por el Institute for Healthcare Improvement, IHI, utilizado como una vía para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud; teniendo como objetivos la mejora simultánea de la salud poblacional, de la experiencia del paciente y la reducción del coste per cápita de la atención sanitaria.

Dicho triple objetivo se ha visto limitado por el creciente burnout entre los profesionales sanitarios caracterizado por un estado de agotamiento físico, emocional y mental cuyo origen, en muchas ocasiones, podemos encontrarlo en la necesidad de hacer frente a situaciones emocionalmente demandantes con recursos insuficientes y durante periodos de tiempo prolongados; que conlleva una serie de consecuencias como son los escasos resultados de los profesionales, una actitud cínica o distante frente al trabajo (despersonalización) y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas.

Ante un contexto cada vez más estresante para los profesionales en el que aumentan las expectativas de los pacientes (pacientes cada vez más demandantes y con nuevas y cambiantes necesidades), cada vez se hace más difícil alcanzar simultáneamente el Triple Objetivo. La insatisfacción de los profesionales está asociada con una menor satisfacción de los pacientes (despersonalización del trabajo por parte de los profesionales) y la realización de más pruebas diagnósticas y médicas innecesarias (ineficacia en la realización del trabajo), lo cual tiene como consecuencias unos peores resultados en salud y mayores costes en la prestación de los servicios sanitarios (ineficiencia).

De esta forma, la brecha existente entre las expectativas de los pacientes y la capacidad de los profesionales en la prestación de los servicios sanitarios demandados se hace cada vez mayor.



Por ello, es necesario la aparición del concepto de “Cuadruple Aim” o Cuarto Objetivo, donde la satisfacción del profesional, entendida como la promoción de su bienestar emocional, la mejora de su entorno laboral y la mejora de su capacidad de resiliencia, es el cuarto objetivo necesario para la consecución conjunta de los tres objetivos previamente definidos; sin que unos se alcancen a costa de los otros, considerándose de esta forma la satisfacción y el bienestar laboral de los profesionales, un requisito esencial para conseguir las otras tres metas.

Si a lo anterior sumamos que en la actualidad uno de los recursos más escasos en la prestación de los servicios sanitarios son los recursos humanos (los profesionales que prestan, gestionan y lideran la prestación de los servicios), no cabe duda de la cada vez mayor importancia que está teniendo el Área 9 “Salud laboral, capital humano y humanización del trabajo”, en el desempeño de los servicios de salud.

Por todo lo anterior uno de los principios de cualquier sistema de gestión de la calidad (véase la Norma ISO 9001:2015) es el compromiso de las personas; pues solamente las personas (profesionales) competentes, empoderadas y comprometidas, pueden garantizar la capacidad de cualquier organización a la hora de generar y proporcionar valor a sus clientes (en nuestro caso los pacientes y la sociedad en general).

A la vista de lo anterior, la puntuación asignada a esta Área 9 “Salud laboral, capital humano y humanización del trabajo” es de un total de 9,9 puntos, sobre el total de 100 puntos de los que consta el índice FES. A este respecto, téngase en cuenta que la presente área engloba uno de los más importantes recursos de los sistemas de salud; como son sus profesionales: su capital humano; el reconocimiento de estos profesionales, su formación y experiencia, la gestión de sus condiciones de trabajo, con la finalidad de poder contar con un clima laboral positivo en el cual realizar la mejor y más eficiente prestación de los servicios sanitarios a los destinatarios de los mismos: los pacientes y ciudadanos en general.

La importancia de esta área justifica que el peso corresponda a un 9,9 % del total del índice, siendo una de las áreas con mayor peso específico del índice FES. Así mismo, se trata de un área muy transversal, presente en muchas de las medidas de otras áreas del Índice FES 2024; al fin y al cabo son las personas (los profesionales) las que diseñan, gestionan y lideran la prestación de los servicios sanitarios, las que diseñan e implantan las medidas asistenciales y garantizan la continuidad asistencial; son las responsables de la gestión de la información y las nuevas tecnologías; empoderan al paciente; velan por la coordinación entre la asistencia social y sanitaria; diseñan la prestación de los servicios sanitarios dando cada vez más valor a la atención

Domiciliaria (como oportunidad en la mejora de prestación de servicios); evalúan el desempeño de los servicios de salud y centran sus esfuerzos en la mejora de los mismos, y son las personas las que diseñan las estrategias de compras, haciendo que responsables sanitarios y empresas suministradoras de servicios y productos se involucren y alineen en un objetivo común. Es aquí donde retomamos la finalidad última de los servicios de salud, la mejora simultánea de la salud poblacional, de la experiencia del paciente, la reducción del coste per cápita de la atención sanitaria y el bienestar y la satisfacción del profesional sanitario.

A continuación, se describen aquellos conceptos que se encuentran englobados en el Área 9 “Salud laboral, capital humano e incentivación del trabajo”, que pretende ser un termómetro de las buenas prácticas en la gestión del capital humano en nuestro país.:

ÁREA 9. SALUD LABORAL, CAPITAL HUMANO Y HUMANIZACIÓN DEL TRABAJO

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 medida 88 “Meritocracia y evaluación periódica de competencias” y la medida 84 “Liderazgo participativo y comprometido”. Por el contrario, la medida 78 “Conciliación familiar del profesional sanitario”, es la que presenta un menor peso. El resto de las medidas incluidas en la presente área, tiene una ponderación muy similar respecto a la valoración global.

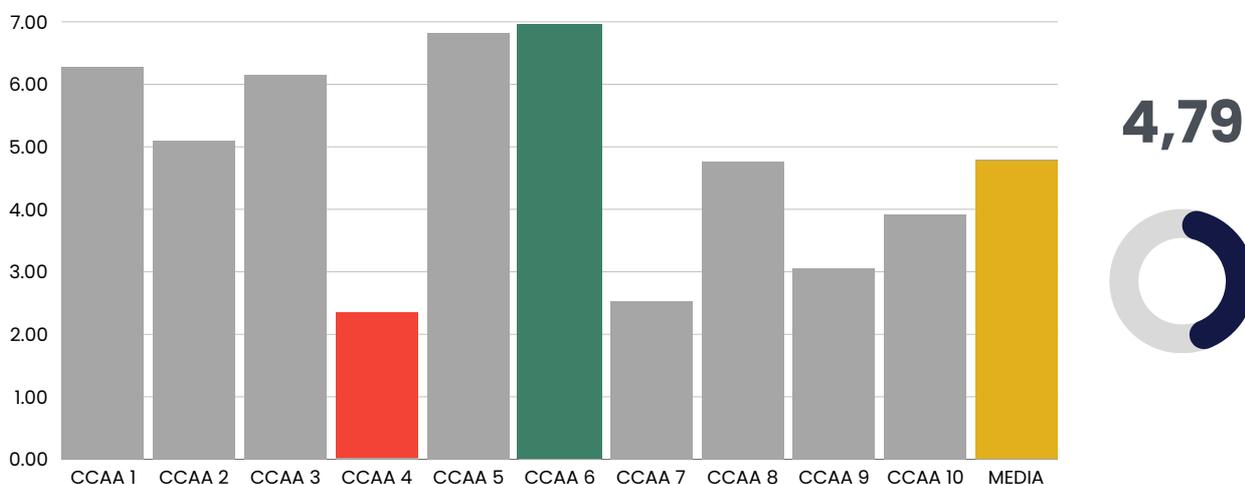
2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1. Valoración

La media nacional de esta área ha alcanzado una puntuación de 4,79 sobre 10 puntos. La puntuación más baja para una CCAA ha sido de 2,34 y la más alta de 6,96 puntos. De los datos declarados podemos extraer la conclusión de que la mayoría de las medidas incluidas en este bloque están implantadas en los servicios de salud de las CCAA participantes, aunque es justo evidenciar el diferente grado de desarrollo en cada CCAA.

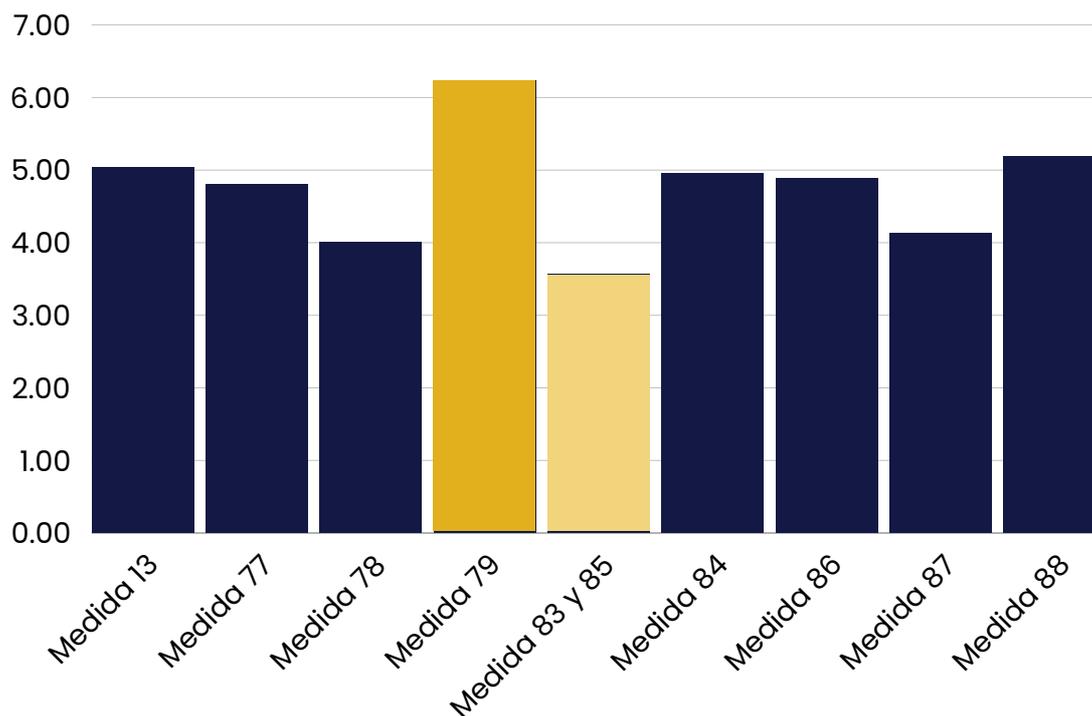
Podemos destacar el caso de 4 CCAA que obtienen unos muy buenos resultados en la presente área, con puntuaciones superiores a los 6 puntos, evidenciando su compromiso por el bienestar de sus profesionales y la mejora de sus condiciones de trabajo, haciendo de la gestión de sus profesionales un punto fuerte en la mejora de la prestación de servicios sanitarios.

Por el contrario, el grado de desarrollo de la presente área en otras 3 CCAA no ha sido suficiente, obteniendo puntuaciones inferiores a los 4 puntos.



Al igual que ya sucedía en el estudio previo del Informe FES 2022, también en el Informe FES 2024 el Área 9 “Salud laboral, capital humano y humanización del trabajo”, es el área que menor grado de desarrollo ha conseguido en las diferentes medidas, obteniendo en ambos casos la puntuación media inferior del total de áreas del informe. En ambas ediciones, el Área 9 incluye varias medidas entre las 10 con menor grado de desarrollo.

Con la finalidad de evidenciar el diferente grado de desarrollo de cada una de las medidas, se incluye el siguiente gráfico de barras, las citadas puntuaciones medias del total de las CCAA participantes en el estudio:



La medida de esta área con mayor grado de desarrollo ha sido la medida 79 “Prevención de riesgos laborales”, con una puntuación de 6,23 puntos, donde todas las CCAA han respondido afirmativamente a las cuestiones sobre la implementación de las diferentes actuaciones, pero manifestando diferente grado de desarrollo de las mismas. Todas las CCAA tienen implantados los servicios de prevención de riesgos laborales con los recursos y ratios establecidos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, y llevan a cabo la evaluación de las condiciones de trabajo de sus profesionales, planificando la actividad preventiva en función de los riesgos detectados y la magnitud de los mismos; estableciendo el tipo de reconocimiento médico a realizar en función de estos y definiendo los planes formativos necesarios para, bien eliminar o en su defecto, minimizar los riesgos identificados.

Así mismo, la medida 88 “Meritocracia y evaluación periódica de competencias” y la medida 13 “Ratios y movilidad de los profesionales”, han obtenido puntuaciones superiores a los 5 puntos. En estas medidas, en general, las CCAA muestran que se trabaja en el estudio de las necesidades de incorporar nuevas categorías profesionales y en adecuar los ratios a las necesidades de la demanda, en función de las cargas de trabajo y actividad prevista. También se trabaja en facilitar la movilidad de los profesionales para hacer frente a las necesidades cambiantes de la asistencia sanitaria. En cambio, no se evalúa, o se evalúa poco, a los profesionales de forma periódica.



La medida con menor grado de desarrollo es la medida 83-85: “Incentivos alineados con la estrategia y objetivos”, con una nota media de 3,56 puntos, estando la mayoría de las CCAA en una fase de implementación muy inicial de sus planes de incentivos individuales alineados con la estrategia y objetivos. Por el contrario, dentro de esta medida, gran parte de las CCAA manifiestan que sí proporcionan formación sobre dirección por valores y objetivos, al menos a una parte de sus profesionales.

La medida 78 “Conciliación familiar del profesional sanitario” y la medida 87 “Incentivación no económica”, han obtenido puntuaciones cercanas a los 4 puntos. Son medidas que muestran un bajo grado de desarrollo. En el asunto de los incentivos, igual que en la medida anterior, son pocas las CCAA que los usan de manera reglada. El resto de medidas de la presente Área 9, han obtenido unas puntuaciones medias muy similares, en torno a los 5 puntos, situación que evidencia la necesidad de seguir apostando por el desarrollo de las mismas.

2.2 Recomendaciones

Como recomendaciones generales podemos identificar varias medidas generales en la mejora de la presente área, las cuales tienden a la consecución simultánea y conjunta de los cuatro objetivos que deben de perseguir los Servicios de Salud.

Debemos poner a nuestros profesionales en valor. Hemos oído hablar mucho del empoderamiento del paciente, de la mujer, del medio rural o del consumidor (el cliente es el rey...), y también de la humanización en la gestión clínica, pero ¿Qué hemos hecho por el empoderamiento y la humanización del profesional sanitario?

Debemos hacer compatibles y alineados los Planes de Humanización de la Asistencia Sanitaria con el Bienestar y la Satisfacción de nuestros profesionales sanitarios, dejando de hablar de planes de gestión de los recursos humanos en la asistencia sanitaria, para empezar a hablar de planes para la humanización y liderazgo de las personas (profesionales) en la gestión sanitaria.

Es importante incidir de manera proactiva en la evaluación de las condiciones de trabajo ligadas al bienestar mental y social de los profesionales (recordamos la definición de Salud por la OIT “estado de equilibrio entre el bienestar físico, mental y social), es decir, en aquellas actuaciones ligadas a las condiciones psicosociales del trabajo.



Así podremos favorecer el efecto protector de los factores psicosociales positivos sobre aquellos otros factores de riesgo que puedan convertirse en factores de riesgo psicosociales. De esta forma, estamos actuando proactivamente de manera preventiva sobre aquellas condiciones que pueden ejercer un efecto negativo sobre la salud de los profesionales.

Otras medidas importantes son facilitar a los profesionales la gestión de su tiempo de trabajo con la finalidad de mejorar su conciliación familiar, promoviendo su autonomía personal. El profesional se incentiva si puede gestionar su carga de trabajo y actuar sobre la variedad y el contenido del mismo, adecuando su grado de participación y supervisión, así como fomentando sus relaciones profesionales y el apoyo social.

Es necesario seguir trabajando en medidas para el reconocimiento institucional de los profesionales y servicios destacados, resaltando que el éxito de nuestras organizaciones pasa por el éxito de sus profesionales.

Recomendamos prever instrumentos para detectar de manera proactiva el burnout y malestar de los profesionales, como las encuestas de clima laboral periódicas; mejorando las condiciones de trabajo psicosociales de los profesionales; velando por la consecución de un clima laboral positivo que potencie la participación en gestión de los profesionales.

Consideramos clave tratar de establecer un liderazgo participativo y comprometido en los servicios de salud que fomente la participación en la organización y gestión de manera institucional.

Es también necesario reforzar y sistematizar los canales de comunicación interna en todos los centros sanitarios.

Incentivar al profesional es crucial, apostando por liderazgos que reconozcan el trabajo y el esfuerzo de los profesionales, poniendo incentivos tanto económicos como no monetarios, ligados al esfuerzo, actitud y cumplimiento de objetivos. Sin pasión es complicado mantener la motivación en tiempos difíciles, es imposible la innovación, y no se puede apostar por la mejora o el cambio.

Para la consecución simultánea del “Quadruple Aim” o Cuarto Objetivo, recomendamos que se tomen medidas para atraer, cautivar y reconocer el talento de los profesionales.



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. Consideramos conveniente hacer extensible a la mayoría de los profesionales una evaluación periódica de competencias y la aplicación de criterios objetivos de capacidad, experiencia y formación en el nombramiento de los cargos intermedios.

ÁREA 10. COMPRAS Y GESTIÓN

1. Descripción e importancia del área

En este apartado vamos a analizar la realidad de las distintas CCAA en cuanto a su gestión económica y a su política de compras. Esta área, aunque siempre ha sido de una importancia primordial, ha cobrado una mayor relevancia en lo que podríamos denominar como “era post-pandemia”.

Desde un punto de vista económico-financiero este nuevo contexto viene definido por un claro desajuste, (siempre existente, pero con tendencia a acentuarse en la actualidad): por un lado, la demanda de asistencia sanitaria por parte de los ciudadanos, que la contemplan cada vez en mayor medida como un bien preferente; con lo que las necesidades a satisfacer de este bien no paran de aumentar tanto en cantidad como en calidad y, por otro lado, una oferta asistencial, que ya con el COVID manifestó carencias a la hora de proveer bienes como los equipos de protección individual o métodos diagnósticos.

En nuestros días esta situación es más pronunciada por la inestabilidad global, situación que está afectando al comercio internacional y que genera una alta variabilidad en los precios y una cierta amenaza en la continuidad de la cadena de distribución de bienes y servicios que podrían causar situaciones de desabastecimiento de estos.

Por el lado de la financiación, y tras una fase de cierta relajación en los objetivos de déficit y endeudamiento, derivados igualmente de la necesidad de activar la economía tras la pandemia; el acuerdo de reforma de las reglas fiscales, aprobado por el Consejo de la Unión Europea, aunque marca sendas fiscales individuales de cuatro años para cada Estado miembro, fija unos marcos de evolución presupuestaria para los próximos años que tienden a un mayor grado de austeridad; con una vuelta al objetivo último de un déficit inferior al 3% del PIB y una deuda inferior al 60% del PIB.

La situación descrita hace indispensable la búsqueda de formas innovadoras de gestión que, sin menoscabar la calidad de la asistencia sanitaria que reciben nuestros ciudadanos, sea capaz de racionalizar el uso de los recursos y a la vez optimizar la captación de fondos externos.

También en esta área es relevante la gestión de la energía y los residuos que se generan en los sistemas de salud. En un momento en el que la racionalización del consumo energético y el cuidado del medioambiente son máximas prioridades de la sociedad en su conjunto, nos encontramos con que las organizaciones sanitarias consumen grandes niveles de energía y generan un elevado volumen de residuos de todo tipo. La forma de evitar que la actividad sanitaria, tan beneficiosa para nuestros ciudadanos, no tenga un impacto altamente nocivo sobre nuestro entorno es otro de los retos a los que actualmente tenemos que hacer frente.

A la vista de lo anterior, la puntuación asignada a esta área “Compras y Gestión” es de un total de 8,1 puntos sobre el total de 100 de los que consta el índice FES. Hay que tener en cuenta que esta 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 deban ser más conscientes de su papel tanto en el cuidado del medioambiente, como su impacto en las economías locales.

Los conceptos que se encuentran englobados en el área “Compras y Gestión” reflejan cómo las CCAA están afrontando esta doble situación de incertidumbre, económica y ambiental, y las medidas que han puesto, o están poniendo en práctica para hacer frente a las consecuencias que se pueden derivar de la misma. Estas medidas se pueden clasificar en función del objetivo que persiguen lograr.

Las medidas desarrolladas son las siguientes:

ÁREA 10. COMPRAS Y GESTIÓN

Medida 80. Desarrollo del sector industrial para la fabricación de equipos y productos sanitarios

Medida 89. Estrategia de Compras Centralizadas.

Medida 90. Capacidad de Gestión de Financiación Externa: Fondos MRR, Ministerio, Farmaindustria, etc.

Medida 93. Mecanismos de compra innovadora ante compra compleja.

Medida 95 y 97. Planes de eficiencia energética y gestión medioambiental.

Medida 96. Gestión de residuos y otras externalidades. Economía circular en la producción sanitaria.

Medida 98. Proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos.

Medida 99. Fondos de inversión de alto impacto.



La medida 80 “Desarrollo del sector industrial para la fabricación de equipos y productos sanitarios” hace referencia a la dependencia de nuestro sistema nacional de salud a los mercados externos a la hora de aprovisionarse de productos sanitarios, y la capacidad de la CCAA de hacer frente a una situación de carencia de esos insumos. Como indicadores en esta medida se valora el desarrollo del sector industrial en la propia comunidad para la fabricación de equipos y productos sanitarios, la existencia o no de convenios entre el servicio de salud y el sector industrial de material sanitario y la existencia o no de proveedores nacionales estables.

La siguiente medida incluida en el estudio, la medida 89 “Estrategia de Compras Centralizada” recalca la necesidad de centralizar las políticas de compras para permitir una gestión más eficiente y transparente que busque las economías de escala y la simplificación de los pliegos administrativos en los concursos públicos. En concreto, se valora la existencia de centrales y protocolos de compras, la utilización de estándares de calidad en los pliegos técnicos y el uso de los acuerdos marco como modelo de contratación. Se incluye también como medida a valorar el grado en el que cada CCAA se ha dotado de una estructura centralizada para la captación, gestión, justificación y posterior evaluación de los fondos que nutren la financiación externa.

Otra medida que se ha considerado importante introducir en el índice es la medida 93 “Mecanismos de compra innovadora ante compra compleja” que valora la introducción y el uso de mecanismos de compra innovadora, promoviendo tanto la adquisición de bienes o servicios innovadores como fomentando la innovación empresarial y mejora de la competitividad. En particular, se ha tenido en cuenta el grado de digitalización en la contratación y la existencia de órganos consultivos para el desarrollo de estas herramientas.

Las siguientes tres medidas (95 y 97 “Planes de eficiencia energética y gestión medioambiental” y 96 “Gestión de residuos y otras externalidades. Economía circular en la producción sanitaria”) analizan las actuaciones de la CCAA para mejorar la gestión ambiental y la sostenibilidad energética en su sistema sanitario y su compromiso con el establecimiento de un modelo de economía circular en su provisión de servicios sanitarios.

La siguiente medida, la medida 98 “Procesos de desarrollo y adquisición de medicamentos”, mide las actuaciones de la comunidad para fomentar el uso racional de los medicamentos, tanto en el posible desarrollo de fármacos como en la adquisición de estos.



En concreto, se valora la introducción de fórmulas de contratación vinculadas al resultado o a la generación de valor, la existencia o no de comisiones para la introducción de nuevos medicamentos y el grado de utilización de los medicamentos biosimilares.

Por último, la medida 99 “Fondos de inversión de alto impacto” que tiene en cuenta la capacidad de previsión de las CCAA en la creación de un fondo de reserva que pudiera servir de provisión para la realización de futuras inversiones de alto impacto económico, imprevistas o previstas, pero difíciles de afrontar; así como de la existencia, o no, de una oficina de evaluación de las inversiones de este tipo.

Si efectuamos un análisis por el peso que las distintas medidas tienen en el área 10 del índice, nos encontramos con que aquellas con mayor ponderación son la 95 y 97 “Planes de eficiencia energética y gestión medioambiental”, la 90 “Capacidad de Gestión de Financiación Externa” y la 98 “Proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos”.

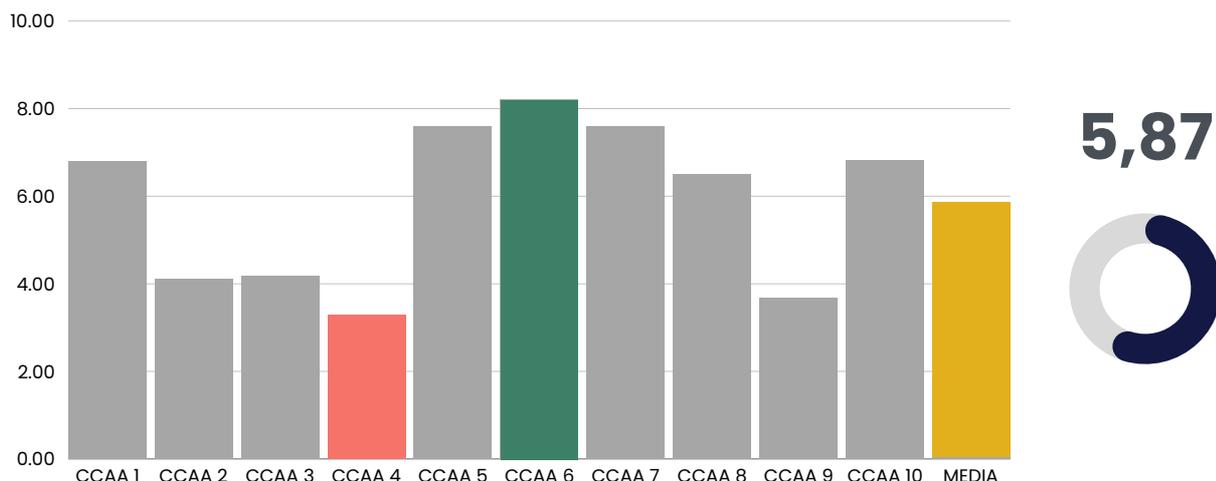
Posteriormente, en un nivel inmediatamente inferior, nos encontramos con las medidas 89, 93 y 96, “Estrategia de Compras Centralizadas”, “Mecanismos de compra innovadora ante compra compleja” y “Gestión de residuos y otras externalidades. Economía circular en la producción sanitaria”.

Por último, adquieren menos peso, no siendo por ello menos importantes, las medidas 80 y 99, “Desarrollo del sector industrial para la fabricación de equipos y productos sanitarios” y “Fondos de inversión de alto impacto”.

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

2.1 Valoración

A nivel nacional, la puntuación media obtenida en esta área ha sido de un 5,87 sobre 10. Los resultados obtenidos por las CCAA participantes han sido los siguientes:



Como puede observarse en el gráfico, existe una cierta dispersión en las puntuaciones, distinguiéndose tres grupos claramente definidos en las CCAA estudiadas. En el primero, nos encontramos las 3 CCAA con las puntuaciones más elevadas, desde la que mayor puntuación obtiene (8,21 puntos) a las siguientes que obtienen una misma puntuación (7,59). En el segundo grupo, hallamos otras 3 CCAA cuyas puntuaciones se encuentran en el intervalo del 6,5 al 6,8, y, por tanto, con unas evaluaciones aceptables. Finalmente, en el tercer grupo, están 4 CCAA que no llegan al aprobado, siendo la valoración mínima de 3,27 puntos. De este análisis, que veremos de forma más pormenorizada para cada CCAA, podemos afirmar que la baja puntuación del indicador nacional es debido fundamentalmente a este último grupo comentado, comportándose el resto de las comunidades de una forma positiva.

La medida 80 “Desarrollo del sector industrial para la fabricación de equipos y productos sanitarios”, ha alcanzado una puntuación de 5,00 en el presente índice. La siguiente medida, la 89 “Estrategia de Compras Centralizadas” ha obtenido un valor medio nacional de 7,23. Esta medida es la que mayor puntuación obtiene en la media nacional, lo que indica que la centralización de la contratación en los distintos servicios de salud es una medida ampliamente desarrollada, encontrándonos solo que dos de las CCAA de las 10 estudiadas no llegan al 5 en la implantación de esta medida.

La medida 90 “Capacidad de Gestión de Financiación Externa” obtiene una puntuación de 6,31, que no se considera un mal resultado. En esta acción nos encontramos con una gran dispersión en las puntuaciones obtenidas por las distintas comunidades.

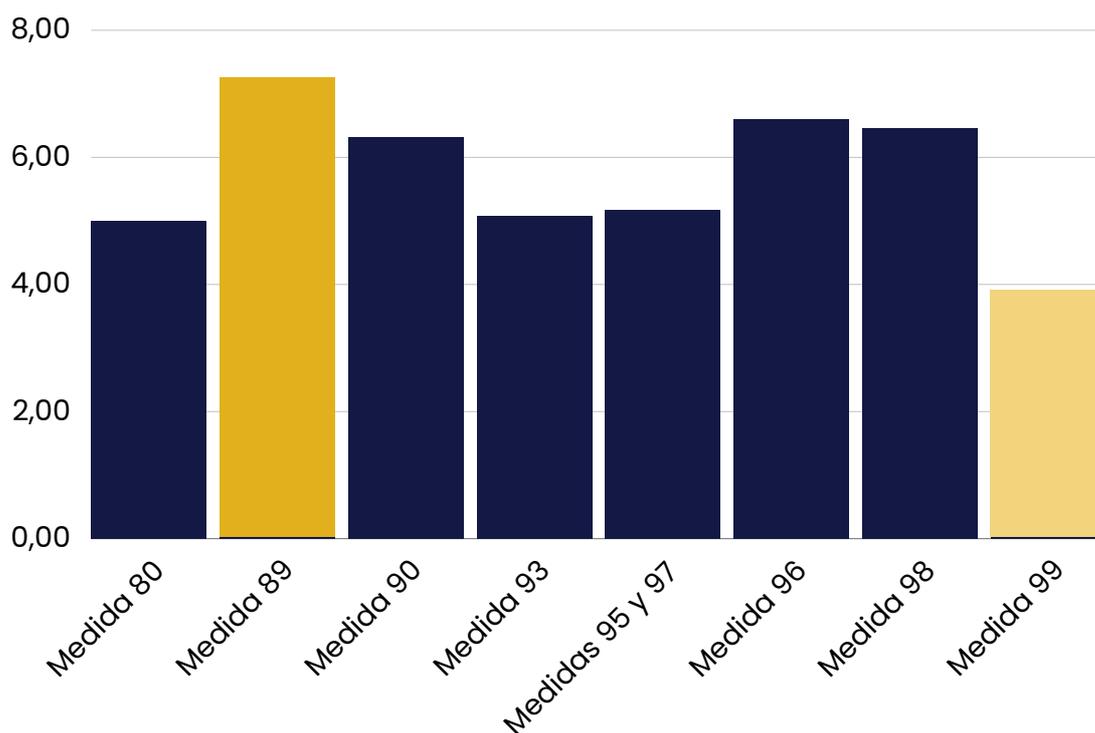
La medida 93, “Mecanismos de compra innovadora ante compra compleja” ha obtenido una puntuación de 5,08 puntos.

Las siguientes medidas, 95 y 97. “Planes de eficiencia energética y gestión medioambiental” han obtenido una nota conjunta de 5,17, aunque tampoco es demasiado elevado, hay que comentar que tal como sucede en varias medidas la dispersión de las notas obtenidas es muy alta, sucediéndose comunidades con altas puntuaciones con otras que obtienen puntuaciones francamente bajas.

La medida 96 “Gestión de residuos y otras externalidades. Economía circular en la producción sanitaria”, ha obtenido una puntuación de 6,60, por lo tanto, por encima de la media del área. La puntuación indica una preocupación de las comunidades participantes en la conservación del medioambiente.

La medida 98 “Proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos” ha obtenido una puntuación de 6,46, y se mantiene por encima de la nota media de esta área a nivel nacional.

Por último, la medida 99 “Fondos de inversión de alto impacto”, ha obtenido una puntuación de 3,90. Es una nota baja, pero hay que tener en cuenta la dificultad de poner en marcha esta medida, por cuanto consiste en la creación de una provisión económica para inversiones que pueden ser realizadas en ejercicios venideros, con las dificultades que esto implica en aquellas organizaciones sanitarias sujetas a la contabilidad pública.



2. Recomendaciones

La apuesta por la gestión económica eficiente debe ser permanente en los Servicios de Salud, aún más porque gestionan fondos públicos. Para ello se deben tomar todas las medidas de las cuales nos habilite la legislación y el sentido común para alcanzar la mayor eficiencia en esta área.

En un momento en que la asistencia sanitaria se ha convertido en un tema de controversia a muchos niveles y en un aspecto muy mediático de nuestra sociedad, hay que señalar que cuidar la sostenibilidad del sistema, tanto desde un punto de vista puramente económico como también energético y medioambiental, es cuidar de la salud de nuestro sistema sanitario. Preocuparnos de los problemas más acuciantes no debe hacernos olvidar los peligros de suficiencia financiera y sostenibilidad que acechan a medio plazo y que pueden causar el desbordamiento de nuestro modelo.

Adicionalmente a aquellas recomendaciones que hemos ido introduciendo en los anteriores apartados, aquí insistiremos en que las medidas poco desarrolladas deben impulsarse, entre ellas:

- El desarrollo de un sector industrial y biotecnológico propio para la fabricación de equipos, productos sanitarios, medicamentos, métodos diagnósticos, tratamientos innovadores, etc. Ayudar a crecer en este sector daría mucho rédito a futuro, puesto que es un sector en auge.
- La formulación de planes de eficiencia energética y gestión medioambiental que va a traducirse en una mejora en el ahorro de costes y reducción de nuestra huella de carbono.
- La creación de fondos de inversiones de alto impacto para poder financiar la innovación o imprevistos que puedan surgir en nuestro medio que aporten realmente valor en salud a nuestros usuarios.
- La utilización de mecanismos de compra innovadora que nos permita ligar la misma a la consecución de resultados en salud, de manera que entremos en una dinámica diferente de corresponsabilidad entre la institución (el servicio de salud) y sus proveedores, sobre todo en aquellos aspectos que sean los más relevantes desde el punto de vista presupuestario y de posible ganancia en salud.



Son todas medidas de eficiencia que a la vez nos permiten garantizar una cierta inmunidad ante alteraciones exteriores y que pueden ser posibles motores de desarrollo económico, y ayudar a fomentar la innovación y la competitividad de nuestro país en sectores altamente estratégicos.

Con respecto a las medidas algo más maduras, hay que seguir incidiendo y consolidando acciones como la capacidad de gestión de la financiación externa, aspecto crucial en nuestro medio para fomentar la investigación aplicada a desarrollos, mejoras e innovación, así como para la adquisición y renovación de la alta tecnología o nueva tecnología emergente.

El desarrollo y adquisición de medicamentos debe de seguir mejorando, incidiendo en el uso racional de los mismos según la evidencia científica disponible y en la posibilidad de subirnos al carro para el desarrollo de nuevos fármacos y tecnología diagnóstica y de tratamiento de vanguardia como puede ser el diagnóstico y la terapia génica.

La gestión de residuos y otros efectos externos de la provisión de servicios sanitarios debe seguir mejorándose y afianzándose, buscando nuevas vías de reciclaje y minimización de los mismos.

También hay que profundizar aún más en la estrategia de compras centralizadas, especialmente en aquellos contratos con un elevado coste económico y donde esa centralización no está aún suficientemente extendida, como pueden ser los de servicios generales.

Las centrales de compras deben estar apoyadas por órganos consultores que evalúen la evidencia científica disponible en cuanto a la introducción de nuevas tecnologías y productos en el servicio de salud.

En definitiva, en esta área el trabajo a hacer es de un soporte a las áreas nucleares del sistema que permita financiarlas, sostenerlas y mejorarlas en el tiempo.

ÁREA 11. BUEN GOBIERNO Y TRANSPARENCIA

1. Descripción e importancia del área

La transparencia y el buen gobierno son fundamentales para la confianza pública y la eficacia de los servicios de salud. Esta área evalúa cómo las CCAA implementan prácticas que promueven la claridad, la responsabilidad y la eficiencia en la gestión sanitaria.

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 autonómicos. Con este apartado buscamos evaluar la transparencia de resultados para poder informar a los ciudadanos, así como la autonomía de gestión y de profesionalización de los puestos directivos para poder también orientar a los profesionales.

Al margen de las medidas incorporadas en el informe tras la pandemia, desde la edición anterior se consideró crítico incorporar al área de buen gobierno y transparencia todas aquellas iniciativas 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 para medir y monitorizar, prácticamente en tiempo real, la evolución de indicadores del sistema que hasta hace poco se obtenían con un decalaje, a veces, de años. Medir resultados en salud, establecer correlaciones válidas y 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 de la gobernanza y la toma de decisiones estratégicas.



En este sentido, las medidas que proponemos y evaluamos en este informe suponen un avance, 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 la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno; 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 solamente 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 usarlos en la microgestión, 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 explicita en la medida 102, también recogida en este apartado del informe.

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 más prosaica, y aunque hay comunidades que han dado pasos abriendo a convocatoria pública la provisión de nuevos directivos, sigue sin existir un plan de carrera en el SNS en este sentido. En algunos casos, los directivos del sistema pierden nivel retributivo al pasar a la dirección; el asumir puestos directivos les penaliza en otros en términos de méritos profesionales para optar a traslados u otros puestos clínicos, y su productividad variable muchas veces 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. 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 más 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 acceso a la función directiva normalizados, y tampoco encontramos programas avalados por la autoridad sanitaria de formación en competencias directivas que permitan preparar personas para generar banquillo de directivos.



Igualmente, se siguen observando sustituciones de personas con responsabilidad directiva en presencia de resultados óptimos, que obviamente se producen por 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, 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.

En esta 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:

Las medidas incluidas en esta área son:

ÁREA 11. BUEN GOBIERNO Y TRANSPARENCIA

Medida 11: Gestión Clínica

Medida 100: Directivos sanitarios acreditados en función de méritos

Medida 102: Autonomía de gestión de centros sanitarios

Medida 103: Observatorio de resultados en el Servicio de Salud

Medida 104: Plan de salud actualizado en contingencias frente a pandemias y epidemias

Medida 105: Plan estratégico del Servicio de Salud

Medida 106: Portal de transparencia en Salud Pública

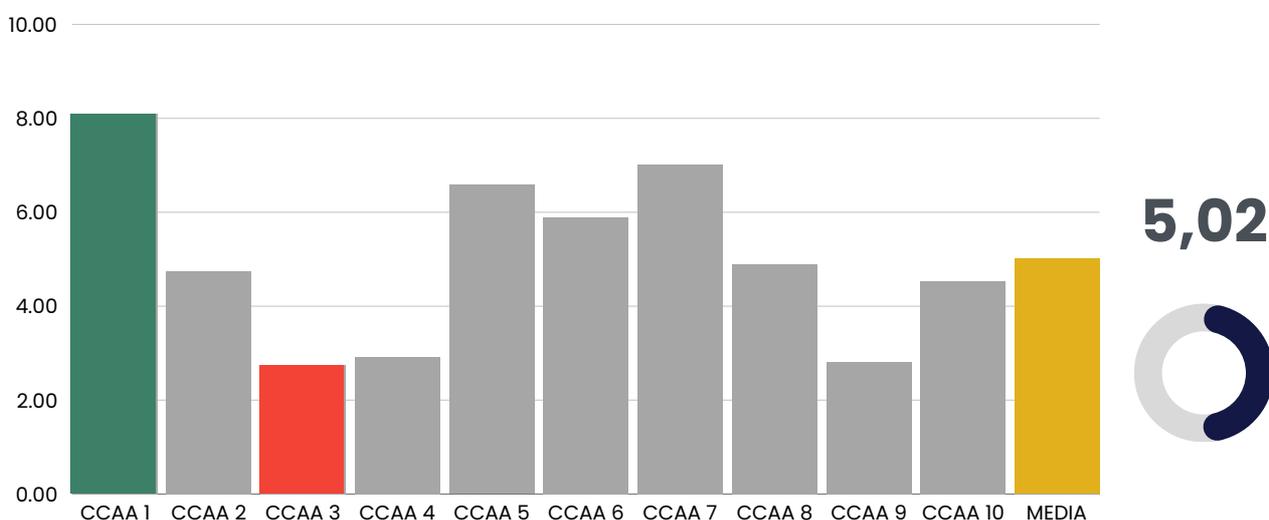
Las medidas que más ponderan en el área 11 son la 100 y la 103, con un 22,54 y un 21,13% respectivamente. Esto tiene todo el sentido, ya que ambos aspectos son temas controvertidos habitualmente en los sistemas regionales de salud, y representan por sí solos una medida bastante fiable de la cultura de la rendición de cuentas: Por un lado, la provisión de directivos y su evolución hacia mecanismos de selección basados en las competencias y el mérito; y por otro, ser transparentes de cara a la ciudadanía ofreciendo de manera accesible los datos de resultados más relevantes arrojados por el desempeño del sistema, como listas de espera, indicadores de resultados salud, calidad de vida, estructurales, etc.

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

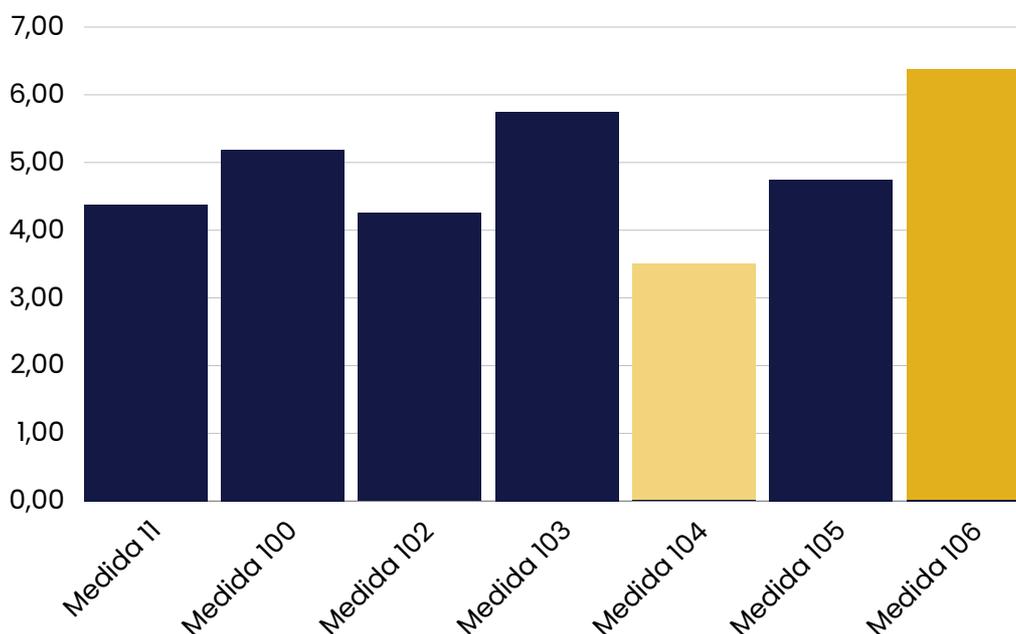
2.1. Valoración

La media nacional para las medidas del Área 11 es variable, reflejando diferentes niveles de implementación y madurez en las prácticas de transparencia y buen gobierno entre las CCAA.

La puntuación global media obtenida es de 5,02, quedando la mediana en 4,75 como consecuencia de que hay 3 CCAA por debajo de los 3 puntos. La puntuación máxima obtenida en el área es de 8,10 y la mínima en 2,75.



A continuación, se lleva a cabo un análisis de la puntuación de las medidas específicas que han obtenido las CCAA participantes:



Medida 11 “Gestión Clínica”: La media nacional es de 4,38. Solo una CCAA de las 10 que contestaron tiene plenamente desarrollado el modelo, aunque 3 de ellas ofrecen formación corporativa en Gestión Clínica. Hay 3 comunidades que no tienen ningún desarrollo en esta medida.

Medida 100 “Directivos sanitarios acreditados”: Con una media nacional de 5,19, la mitad de las CCAA declaran tener acreditados más del 75% de sus directivos, mostrando un fuerte compromiso con la meritocracia en la selección de directivos.

Medida 102 “Autonomía de gestión”: La media es de 4,25, aunque hay 3 CCAA con desarrollo pleno en esta área, existen 6 de ellas que tienen poco o ningún desarrollo.

Medida 103 “Observatorio de resultados”: La media es de 5,75 y solo 3 CCAA alcanzan el máximo desarrollo en esta área.

Medida 104 “Plan de salud”: La media es relativamente baja de 3,50, con 6 CCAA que siguen declarando no tenerlo, y solo 2 con el plan desarrollado.

Medida 105 “Plan estratégico del Servicio de Salud”: La media es de 4,75, merced a que 4 CCAA declaran no tenerlo. Mientras que las otras 6 CCAA hacen pleno en este indicador, indicativo de que tienen planificación estratégica robusta.

Medida 106 “Portal de transparencia en Salud Pública”: Con una media de 6,38, se trata de la medida con mayor puntuación de las 7 que componen el área, sin duda impulsada por los nuevos marcos regulatorios nacionales y autonómicos en materia de transparencia.

2.2 Recomendaciones

Como recomendaciones generales podemos identificar varias medidas generales en la mejora de la presente área:

- Se debería fortalecer la Gestión Clínica. Seguimos pensando que la gestión clínica bien orientada es una herramienta potente para mejorar los resultados en salud y la motivación de los profesionales y debería extenderse más en el SNS, si bien es cierto que la organización funcional del mismo y su régimen jurídico burocrático lo hace muy difícil de implantar.

- Se recomienda seguir la senda de profesionalización del personal directivo en el SNS así como la transparencia y meritocracia el nombramiento de estos. Sería interesante un área de capacitación específica o acreditación diseñada y exigible a nivel nacional para ejercer la función directiva, así como establecer criterios de nombramiento y cese de profesionales. Recomendamos separar el área gestora de la política dentro de que los políticos son los que establecen las principales directrices y líneas maestras a través de las leyes. Sin embargo, asegurar la eficiencia de un sector que es una de las fuentes principales de gasto público requiere profesionalizar la gestión.
- Se recomienda incrementar la Autonomía y Agilidad en la Gestión: Promover una mayor autonomía en la gestión de los centros sanitarios puede facilitar respuestas más rápidas y adaptadas a las necesidades locales, mejorando la eficiencia general del sistema de salud. Eso no es incompatible con un centralismo sano que mejore la equidad y la eficiencia que deben garantizar los servicios centrales en las Consejerías de Salud.
- Se recomienda elaborar planes estratégicos muy operativos y de contingencia: Es importante actualizar y mantener planes estratégicos y operativos de contingencia robustos, muy pegados al terreno y prácticos para que no queden en papel mojado o buenas intenciones.
- Se debería tener en cada CCAA un portal de transparencia en sanidad y resultados en salud. Mejorar la transparencia mediante portales de salud accesibles puede aumentar la confianza pública en el sistema de salud, además de ser un ejercicio democrático exigible en las sociedades actuales. El portal debería funcionar como observatorio de resultados en salud y puede dar información tanto a ciudadanos como a investigadores.

Implementando estas recomendaciones, se puede lograr un sistema de salud más transparente, con mejor gobernanza, eficiente y adaptado a las necesidades de la población, asegurando una gestión efectiva y equitativa de los recursos sanitarios en toda España.



ANÁLISIS DE MEDIDAS CON MAYOR Y MENOR GRADO DE DESARROLLO



LAS 10 MEDIDAS CON MAYOR GRADO DE DESARROLLO

De los resultados obtenidos por las respuestas dadas por las 10 CCAA participantes en esta edición, y una vez calculado la media nacional de cada una de las medidas, exponemos a continuación el detalle de las medidas con mayor puntuación (de mayor a menor puntuación):

Medida 45. Responsables en Atención Primaria para los centros sociales y residencias.	8,75
Medida 62. Hospitalización a Domicilio y Cuidados paliativos en el domicilio.	8,53
Medida 27. Ciberseguridad.	7,95
Medida 28. Canales de comunicación bidireccionales entre sanitarios y ciudadanos.	7,58
Medida 33. Sistemas de información flexibles.	7,5
Medida 75. Escuela de pacientes.	7,44
Medidas 41 y 54. Atención domiciliaria integrada sanitaria y social.	7,43
Medida 73 A. Prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).	7,38
Medida 12. Continuidad asistencial garantizada.	7,33
Medida 21. Actuaciones en la Comunidad.	7,32



Medida 45. Responsables en Atención Primaria para los centros sociales y residenciales (8,75)

Esta medida correspondiente al área 2 “Atención Primaria y Comunitaria”, ha obtenido la mayor puntuación del índice, lo que pone de manifiesto el esfuerzo que realizan los Servicios de Salud para que en cada equipo de atención primaria de centros sociales y residencias haya un médico o enfermera responsable.

De esta forma, se reconoce la función que realizan estos profesionales sanitarios y en el caso de las residencias con más fuerza, dotando al sistema de una mayor sensación de seguridad y apoyo a los residentes y sus familias. Se facilita así el acceso a la historia clínica, lo que permite pautar la rehabilitación necesaria y el tratamiento a seguir de forma más ágil. Atender las necesidades asistenciales de los usuarios, facilitando los diagnósticos y prescribiendo los tratamientos más acordes en cada caso para llevar a cabo las terapias preventivas, asistenciales y de rehabilitación de los diagnósticos clínicos y funcionales de los residentes del centro es un objetivo esencial.

Alcanzar una puntuación de 8,75 en el cumplimiento de esta medida señala también que las CCAA están realizando esfuerzos para dotar de mayor agilidad las derivaciones de usuarios a centros hospitalarios o de salud.

La puntuación obtenida reconoce igualmente la figura de la enfermera en los centros residenciales, como pieza clave para crear y desarrollar un plan de atenciones y cuidados que se implementa junto con las cuidadoras/es y familiares para dar respuesta a las necesidades de la persona, considerando su trayectoria vital, sus valores de una forma integral y sistemática.

La obtención de esta puntuación es un reconocimiento en el avance hacia la humanización de los pacientes y usuarios. Este resultado demuestra que el sistema sigue avanzando en la colaboración social y sanitaria, como un instrumento necesario.

Medida 62. Hospitalización a Domicilio y Cuidados paliativos en el domicilio (8,53)

La medida 62 integrada en el área 6 “Atención a Domicilio” alcanza 8,53 puntos en el índice. La puntuación asignada a esta área corresponde a 9,9 puntos sobre el total de 100 puntos de los que consta el índice FES. Esto la convierte en una de las áreas con más peso del Índice.

Nos encontramos ante un área transversal, pues hay otras áreas en las que las medidas que potencian la Atención Domiciliaria también están presentes.

Los Cuidados Paliativos son un modelo de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus familias. Estos cuidados no se limitan a la fase del final de la vida, sino que pueden recibirse paralelamente a la recepción del tratamiento específico para la enfermedad, pues han demostrado que mejoran la calidad de vida del paciente y la familia, y además, influyen positivamente en la evolución de la enfermedad.

La enfermedad produce síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, por ellos las necesidades de los pacientes deben ser atendidas de manera competente por los profesionales sanitarios teniendo en cuenta los valores, preferencias y creencias de cada persona.

La buena puntuación en esta medida demuestra que la hospitalización a domicilio tiene una extensión cada vez mayor en los Servicios de Salud así como la universalización de los cuidados paliativos. Esto hace que se liberen camas de hospitalización convencional y las personas tengan el beneficio de ser tratadas en su casa con mayor comodidad y seguridad, ya que se evitan riesgos como las infecciones hospitalarias. También denota que actualmente los cuidados paliativos a domicilio y el fallecimiento en el domicilio en un entorno más humano que el hospital se ha extendido mucho, lo cual es muy positivo desde el punto de vista humano.

La puntuación de 8,53 pone de manifiesto la buena evolución del sistema y su adaptación al entorno social actual y su apuesta, acertada desde nuestro punto de vista, por un modelo de atención más integral y humanista.

Medida 27. Ciberseguridad (7,95)

Esta medida está incluida en el área 3 “Gestión de la Información y Nuevas tecnología” y se integra como medida de la gestión de la información y las nuevas tecnologías. La puntuación obtenida asciende a 7,95.

La sociedad actual puede definirse como la sociedad inmersa en la era de la comunicación y la inmediatez, donde la comunicación rápida y segura no sólo es necesaria, sino prioritaria. Esto exige que el tratamiento de los datos esté correctamente procesado, máxime ante la alta cantidad y sensibilidad de los datos.



El Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales exigen la adopción de las obligaciones en materia de protección de datos para las organizaciones, con el fin de ofrecer más protección de los derechos y libertades de los individuos.

Los sistemas están obligados a instaurar las medidas técnicas y organizativas que les permitan aseverar la seguridad e integridad de los datos. Implantar medidas que minimicen los riesgos derivados del tratamiento para los derechos y libertades de las personas físicas a la hora de tratar y explotar datos, es sin duda una prioridad relevante para nuestros sistemas sanitarios.

La puntuación obtenida en esta medida permite afirmar que la seguridad está dirigida por criterios de integridad, fiabilidad y consistencia. Se valora muy positivamente la implantación de servicios de tratamiento que cumplan con las exigencias de confidencialidad, integridad, resiliencia y disponibilidad. Los sistemas autonómicos observan la redacción y cumplimiento de protocolos o herramientas capaces de garantizar la disponibilidad de la información o un rápido acceso a los datos en caso de una violación de seguridad.

Se aprecia además una intención generalizada de continuar trabajando con pasos firmes hacia una mayor evolución en los sistemas de ciberseguridad.

Medida 28. Canales de comunicación bidireccionales entre sanitarios y ciudadanos (7,58)

Esta medida está incluida igualmente en el área 3 “Gestión de la Información y Nuevas tecnologías”. La obtención de una puntuación de 7,58 nos permite concluir que el sistema cuenta con canales de comunicación institucional, no presencial, entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria y los Pacientes, así como entre los profesionales de Atención Hospitalaria y los pacientes.

En este sentido, tras la pandemia se han desarrollado mucho los canales de consulta no presencial, ya sea telefónica o por videollamada. Así como los portales del paciente donde el mismo puede obtener informes, citas e información variada.

Además, se aprecia el esfuerzo de las CCAA para aprobar las regulaciones necesarias (a través de Leyes, Decretos y Órdenes) que puedan desarrollar normativa para facilitar la fluidez del ciudadano en el sistema sanitario, como por ejemplo, para reducir la burocracia en los trámites administrativos, y eliminar o reducir incluso el uso de papel.

Medida 33. Sistemas de Información Flexibles (7,5)

Una vez más una medida incluida en el área 3 “Gestión de la Información y Nuevas tecnología” con una puntuación de 7,5 lo que nos permite afirmar que los Servicios de Salud incorporan sistemas de información y arquitecturas flexibles y con capacidad de adaptación a las necesidades que puedan surgir de forma ágil.

Esto es especialmente relevante en el sector salud, ya que la historia clínica y los distintos formularios, petitorios, protocolos, consentimientos informados, etc., deben adaptarse de manera continua a las nuevas necesidades y evidencias del sector.

En esta ocasión, la obtención de una buena puntuación en el desarrollo de una medida de la naturaleza de la medida 33 nos permite concluir la notable capacidad de los Servicios de Salud de adaptarse a las necesidades cambiantes de los tiempos actuales.

Medida 75. Escuela de pacientes (7,44)

Esta medida pertenece al área 4 “Prevención de la enfermedad, promoción de la salud y empoderamiento del paciente” y ha obtenido una puntuación obtenida de 7,44 puntos.

Nuestro Estado del bienestar, tal como lo comprendemos, exige salvaguardar la sostenibilidad de la estructura sanitaria y de las distintas organizaciones. Es imprescindible actuar ante el uso de los recursos sanitarios para garantizar una asignación justa, equitativa y adecuada de los recursos públicos, permitiendo colocar al paciente en el centro del sistema. Las escuelas de pacientes se presentan como una herramienta esencial para empoderar a las personas que sufren la enfermedad; vienen también reforzadas por las estrategias del paciente activo. El resultado obtenido demuestra un avance muy positivo y demuestra que las Autonomías están realizando esfuerzos visibles.

Las CCAA participantes ponen de manifiesto su intención de mejorar la salud y la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas y la de sus cuidadores, y se aprecian estrategias para instaurar mecanismos de apoyo, acompañamiento y formación que les permitan adquirir mayor autonomía y efectividad en sus cuidados.

El aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, el desarrollo de las tecnologías de la comunicación y el momento económico actual, entre otros, son elementos que nos llevan a replantearnos la necesidad de generar nuevos modelos organizativos y de provisión de los servicios sanitarios, en los cuales los pacientes y sus familiares asuman más responsabilidad y sean más activos en el cuidado de su salud.

Las escuelas de pacientes no solo logran a largo plazo la mejora en los resultados, sino que también favorecen la imagen de los profesionales de la salud, y por consiguiente la confianza de la población en general en las distintas organizaciones sanitarias. Debemos lograr que las escuelas de pacientes sean un soporte de apoyo que complementan además otras medidas dirigidas a garantizar la sostenibilidad.

La nota media obtenida en esta medida nos permite afirmar que las CCAA participantes están llevando a cabo estrategias de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Los Servicios de Salud autonómicos han demostrado una mayor sostenibilidad de la estructura sanitaria y están implantando políticas públicas para que las personas que ya padecen la enfermedad y que, por tanto, no son susceptibles de medidas de promoción y prevención, sean conscientes de su situación, mejorando su calidad de vida dentro de lo posible.

Medidas 41 y 54. Atención domiciliaria integrada sanitaria y social (7,43)

Esta medida se encuentra en el área 6 "Atención a domicilio", y su resultado pone en evidencia el interés de los distintos Servicios de Salud por humanizar la atención sanitaria.

La aspiración de los pacientes y familiares es permanecer en el entorno habitual el mayor tiempo posible. Y esta aspiración crece aún más cuando se presentan problemas de salud. En respuesta a esta demanda encontramos las acciones emprendidas por las distintas CCAA tendentes a incrementar la atención domiciliaria. Aun así, debe reforzarse y darle cada vez más estímulo e importancia. Además, cada vez más se integran aspectos sociales en la atención a domicilio a la que contribuyen los gestores de casos.

Es importante destacar que la prestación va a seguir creciendo en el futuro. Si bien la nota obtenida es positiva, sí que es necesario insistir en que los buenos resultados deben permanecer en el tiempo. Es necesario recomendar una evaluación permanente de los recursos a aplicar, teniendo en cuenta que todo lo que se avance en esta medida, y en esta área, sin duda permitirá reconocernos en lo que somos como sociedad global.



Medida 73 A. Prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) (7,38)

Esta medida corresponde al área 8 “Seguridad del Paciente” y su puntuación pone de manifiesto que los sistemas de salud se están ocupando en implementar medidas para la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Las IRAS son un problema de salud de primer nivel, puesto que estas infecciones suelen ser más graves y estar producidas por cepas de microorganismos más resistentes a los antibióticos. La lucha contra las IRAS produce, pues, múltiples beneficios. En primer lugar, el beneficio directo de reducir la incidencia de este tipo de infecciones que pueden ser graves porque se dan en pacientes a veces inmunocomprometidos y otras veces en lugares que pueden potencialmente muy graves como las UCIs.

Las infecciones del lecho quirúrgico en postoperados, incluidas posibles infecciones de prótesis, que obligan al rescate o retirada de las mismas, las neumonías en pacientes intubados, las infecciones urinarias y renales en pacientes sondados, las infecciones de catéteres o vías, son ejemplos frecuentes de este tipo de infecciones que complican la evolución de los pacientes, comprometiendo su salud y a veces generando secuelas permanentes y mortalidad.

Además, cuántas menos IRAs haya disminuye la probabilidad de selección y aparición de cepas de bacterias multirresistentes a los antibióticos. Este es un objetivo básico, ya que el fenómeno de las resistencias a antibióticos disminuye el potencial de nuestro arsenal terapéutico para tratar infecciones graves, de tal modo que se está empezando a denominar a este hecho la próxima pandemia.

Hay un plan nacional para la lucha contra la resistencia a antimicrobianos: el PRAN, que lidera y coordina el Ministerio de Sanidad. La preocupación por este asunto además es global y en el ámbito de la Unión Europea se establecen también directrices y medidas destinadas a frenar este fenómeno.

Los servicios de salud están tomando medidas para contar con programas institucionales estructurados para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. En los servicios de salud muchos se denominan programas IRAS o IRAS PROA el estar unidos ambos programas, la lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y los programas de optimización del uso de antibióticos.

También existen programas de mejora en materia de higiene de manos, que incluya observación y medición de su cumplimiento. El lavado de manos es la medida más simple y eficiente para disminuir la transmisión de microorganismos del profesional al paciente. Su eficacia es muy alta para reducir las infecciones.

También se aprecian compromisos y avances en el desarrollo de programas Zero en las unidades de cuidados intensivos. Se impulsan básicamente cuatro proyectos: la neumonía cero, la infección de tracto urinario cero, la bacteriemia cero y la infección por microorganismos multirresistentes cero.

Medida 12. Continuidad asistencial garantizada (7,33)

La continuidad asistencial garantizada está integrada en el área 2 “Atención Primaria y Comunitaria” y la puntuación obtenida de 7,33 pone de manifiesto un avance importante en la continuidad asistencial garantizada.

Se está avanzando hacia los mapas de procesos asistencias en todos los centros del Sistema. Se comunican a los profesionales de atención comunitaria las situaciones de alta hospitalaria de su población asignada en menos de 48 horas tras el alta.

Es muy positivo reconocer que se aprueban por los sistemas la normativa diversa y los protocolos para gestionar de forma integral y continuada los procesos asistenciales, ajustando además la cartera de servicios.

Se aprecia una mayor colaboración, tan esencial, entre profesionales asistenciales de servicios hospitalarios y de centros comunitarios de manera presencial o telemática, y también con frecuencia mensual para poner en común nuevas terapias, detección de puntos de mejora, pacientes de alto riesgo y otros posibles.

La puntuación alta en esta medida pone de manifiesto que la ansiada continuidad asistencial entre atención primaria y especializada tan demandada en el pasado. El desarrollo de los sistemas de información con una comunicación más fluida entre ambos niveles, así como la unificación de los objetivos de gestión de las áreas, seguramente han contribuido a ello.

Medida 21. Actuaciones en la Comunidad (7,32)

Esta medida forma parte del área 2 “Atención Primaria y Comunitaria” y obtiene 7,32 puntos.



Es muy positivo comprobar que hay un alto grado de actuaciones acordadas entre Consejerías y otras instituciones para acercar entornos saludables a la población en muy distintas materias.

También se aprecia que los sistemas cuentan con registros públicos de las actuaciones comunitarias.

Las páginas web cada vez ofrecen más información, de los recursos ya activos de cada zona. Además, también es muy positivo contar con registros de intervenciones comunitarias realizadas en los centros de educación infantil, así como de primaria y secundaria, por cada mil escolares. Haber conseguido esta puntuación nos informa de cómo se acerca más la salud pública a la población a través de diferentes y motivantes actividades, como puede ser el reconociendo los días mundiales, realizando mesas informativas y actividades deportivas.

La alta puntuación en esta medida significa que se sigue en la buena senda para actuar sobre los determinantes de la salud, ya que se sabe que la asistencia sanitaria sola no es suficiente.

Es fundamental la promoción de la salud a través de la formación, información, programas de sensibilización, actuaciones en la Comunidad. En definitiva, una puntuación alta en esta medida es un signo de que se ha interiorizado por parte de los gestores y responsables de los Servicios de Salud que las acciones para promover y mantener la salud en la Comunidad son básicas para mejorar la calidad de vida, disminuir la morbilidad y mortalidad de las personas y contribuir a una sociedad más sana, productiva y empoderada, mejorando la sostenibilidad del sistema de salud a largo plazo.

LAS 10 MEDIDAS CON MENOR GRADO DE DESARROLLO

Del análisis de los resultados obtenidos por las respuestas de las CCAA a los autocuestionarios también se evidencian una serie de medidas que han alcanzado un bajo grado de desarrollo y que, por ello, ofrecen un mayor margen de mejora. Estas medidas (de menor a mayor) son las siguientes:

Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con la Seguridad del Paciente.	1,94
Medida 104. Plan de salud actualizado en contingencias frente a pandemias y epidemias.	3,5
Medida 71. Medición del impacto de las intervenciones en salud en el ámbito social, económico y medioambiental.	3,5
Medidas 83 y 85. Incentivos alineados con la estrategia y los resultados.	3,56
Medida 64. Disponibilidad de los resultados de las evaluaciones tecnológicas.	3,75
Medida 99. Fondos de inversión de alto impacto.	3,9
Medida 78. Conciliación familiar del profesional sanitario.	4
Medidas 43 y 44. Fomentar el trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios.	4,04
Medida 87. Incentivación no económica.	4,13
Medida 70. Evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo.	4,13

Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con la Seguridad del Paciente (1,94)

La medida 82 se integra en el Área 8 “Seguridad del paciente”, y obtiene la nota más baja del total de todas las medidas que componen esta edición del índice FES, lo que pone de manifiesto que hay mucho que avanzar en materia de acreditaciones de calidad relacionadas con la seguridad del paciente.

Uno de los objetivos que debe perseguir el SNS, según lo entienden los expertos de manera consensuada, es que el paciente debe situarse en el centro del sistema. Sin duda, esta puntuación deja en evidencia el gran margen de mejora que existe y la necesidad, en aras de conseguir este objetivo, de mejorar, y de verdad, la seguridad del paciente.

Esta puntuación pone de manifiesto varias áreas de mejora: los Servicios de Salud deben avanzar en conseguir acreditaciones externas en materia de seguridad del paciente, o en su defecto, deben crear sistemas de acreditación de la calidad propios relacionados con la seguridad del paciente. También hay que reforzar la utilización de las herramientas de evaluación y mejora de la calidad y autoevaluación interna.

Avanzar de forma coordinada en estas acciones permitirá a los profesionales y a los pacientes sentirse seguros y confiados.

Medida 104. Plan de salud actualizado en contingencias frente a pandemias y epidemias (3,5)

Llama la atención de forma muy especial la puntuación obtenida la medida 104 relativa al plan de salud actualizado en contingencias frente a pandemias y epidemias englobada dentro del área II “Buen Gobierno y la Transparencia”.

Han transcurrido cuatro años desde que nos vimos inmersos en una situación de crisis sanitaria y social, desconocida para el sistema de salud de nuestro país hasta ese momento. La pandemia y sus resultados pusieron de manifiesto deficiencias del sistema que debían mejorarse. Es obligado poder afirmar que, de aquellas situaciones, algo importante habremos aprendido.

La puntuación obtenida (3,5) nos obliga a reflexionar y tomar acciones para que no se vuelva a repetir errores del pasado.

La mayoría de las CCAA participantes no cuentan con planes de salud regionales actualizados frente a epidemias y pandemias. Esta afirmación requiere adoptar medidas urgentes para poder obtener resultados positivos en futuras evaluaciones de este indicador.

Se muestra además un dato que es relevante: no existen planes actualizados en cada centro, pero tampoco existen planes de contingencias documentados ni accesibles en cada centro para los supuestos en que se necesitara una actuación ante una hiperfrecuentación súbita con riesgo biológico, contemplando un nivel de frecuentación, ocupación de hospitalización y de UCI al menos, hasta los niveles experimentados durante la pandemia de COVID-19.

Estas conclusiones nos deben obligar a dar un paso al frente y reconocer lo que debemos hacer correctamente: planificar y prever situaciones de contingencia no es un ejercicio vano, sino que en cualquier momento ante un imprevisto puede suponer la diferencia entre salvar o no cientos o miles de vidas.

Además, el dato obtenido y las respuestas proporcionadas por las CCAA ponen de manifiesto que la planificación estratégica en los Servicios de Salud es escasa y que los decisores políticos y gestores no le dan la importancia debida, (quizá a tener una visión de la misma como poco útil y práctica), cuando la planificación estratégica debería ser muy práctica y, por ende, útil, orientando las decisiones casi del día a día, para dirigirnos allí donde podemos y debemos llegar como servicio de salud.

Medida 71. Medición del impacto de las intervenciones en salud en el ámbito social, económico y medioambiental (3,5)

Esta medida correspondiente al área 7 “Evaluación y Benchmarking” no llega a alcanzar el aprobado. Recordamos que esta área es una de las áreas que peores resultados ha obtenido en esta edición del índice FES, lo que demuestra que los Servicios de Salud evalúan poco en general en nuestro medio sanitario. La cultura de la comparación y evaluación debe ampliarse como una gran aliada para la mejora del sistema y los resultados que produce.

El índice demuestra la necesidad de implantar mecanismos de responsabilidad social corporativa, como son las políticas públicas que permitan evaluar el impacto social y medioambiental de las actuaciones que se realizan en salud.

Sería muy conveniente, pues se aprecia que no se realiza en los sistemas de salud, introducir mecanismos para analizar de forma clara el impacto que las intervenciones en salud tienen sobre el ámbito económico, social y medioambiental a través de diversos métodos, como los denominados SROI (social return on investment). Este es un denominador común de las sociedades más avanzadas.

Lo anterior nos orientaría a cómo debemos actuar para mejorar nuestro impacto positivo en estos ámbitos y reducir el negativo.

Medidas 83 y 85. Incentivos alineados con la estrategia y los resultados (3,56)

Esta medida obtiene una nota baja dentro de la importante área 9 “Salud laboral, capital humano y humanización del trabajo”. Conseguir mejorar nos hará formar parte de las sociedades sanitarias más avanzadas, pues es básico, como muestran múltiples estudios, la incentivación de los profesionales para tener resultados excelentes. Además, estos incentivos deben estar alineados con la estrategia, objetivos y resultados del sistema de salud para ser más eficaces porque a veces dependen solo de la antigüedad en el cargo o del nivel del mismo.

En este campo, las dificultades para implantar objetivos e incentivos individuales a los profesionales están relacionadas con motivos históricos y estructurales. El siempre se ha hecho así, el café igual para todos y la rigidez burocrática y administrativa del régimen jurídico del personal, juntos con las presiones sindicales para homogeneizar e igualar los salarios sin permitir diferencias, hacen que sea muy difícil implantar esta medida en el sector. Sin embargo, si se consiguiera, con poco esfuerzo se podrían alcanzar resultados más exitosos. Debemos avanzar para ser unas instituciones maduras y eficientes capaces adoptar estrategias que permitan diseñar planes de incentivos individuales, que estén además alineados con objetivos definidos. Se deberían implantar y conocer los porcentajes de esos incentivos, y su impacto sobre los salarios brutos, para que sean lo suficientemente incentivadores.

Los datos del índice FES han permitido demostrar que los servicios de salud aún deben trabajar para contar con un sistema tanto de incentivos como de penalizaciones que puedan afectar a los salarios.

De los resultados obtenidos también se desprende que la formación institucional sobre dirección en valores y objetivos es todavía insuficiente, debiendo mejorar.

En este sentido, es fundamental trabajar por valores porque los objetivos sin valores que los sustenten no son más que fríos y exigentes dinteles. Los profesionales deben saber qué motivos, éticos, de evidencia, asistenciales, de calidad, humanos, etc., son los que fijan los objetivos, y que valores predominantes nos mueven al fijarlos, para que puedan sentirse identificados con esos valores, adherirse a ellos y buscar de manera más voluntaria y consciente cumplir unos objetivos, que ahora valoran mejor y entienden.

Tomar medidas ante estos resultados permitirá avanzar rápidamente hacia un progreso palpable dentro del área 9.

Medida 64. Disponibilidad de los resultados de las evaluaciones tecnológicas (3,75)

La Medida 64 corresponde al área 7 “Evaluación y Benchmarking”. La poca puntuación obtenida, y una vez estudiado por el Comité Científico el resultado de esta medida, nos permite comprobar que el sistema debe implantar instrumentos para que el resultado de las evaluaciones de las tecnologías sea ampliamente conocido y difundido entre los decisores clínicos, gestores y planificadores sanitarios; y que estos tengan un acceso fácil a consultarlo que nos permitan avanzar con paso firme en la mejora de la práctica clínica y asistencial.

Tan solo con algo de esfuerzo, los resultados serán muy positivos, generando grandes mejoras en muchas áreas.

En este sentido, los sistemas autonómicos deben, además de mejorar sus evaluaciones tecnológicas sanitarias, atender a la difusión de todas las evaluaciones disponibles con disponibilidad de consultas desde la propia historia clínica electrónica. Aportar esta opción daría lugar a crear facilidades para que las opciones clínicas estén mejor fundamentadas y sean lo más eficientes posibles.

Medida 99. Fondos de inversión de alto impacto (3,9).

La medida “Fondos de Inversión de alto impacto” englobada en el área 10 “Compras y gestión” está relacionada con la obtención de fondos para gastos extraordinarios relativos a la aparición de nuevas tecnologías, la necesidad de implementar tratamientos de alto coste o gestionar imprevistos que surgen en la asistencia sanitaria que puedan suponer un mayor gasto o inversión.

Su baja puntuación denota que no en todos los Servicios de Salud se cuenta, con la estrategia debida, de estos fondos presupuestarios para contingencias; si bien es cierto, la planificación económica tradicional y las leyes vigentes, en cuanto a la elaboración de presupuestos y compra pública, tampoco los fomentan.

Aun así, creemos que es una buena medida de previsión tener esta disponibilidad porque el entorno sanitario es sumamente dinámico y cualquier nueva tecnología con evidencia científica de sus ganancias en salud o superioridad sobre otros medios anteriores, aun de coste alto, se va a tener que implementar.

Medida 78. Conciliación familiar del profesional sanitario (4)

La Medida 78 está integrada en el área 9 "Salud laboral, capital humano y humanización del trabajo". En general, en este apartado las CCAA se limitan a cumplir la legislación vigente en cuanto a permisos y licencias relacionados con la conciliación familiar. Aunque en la legislación vigente se ha avanzado en este aspecto y somos un país socialmente desarrollado en este aspecto, también es cierto que en otros países europeos esta legislación y las medidas de conciliación familiar son más avanzadas.

Se deberían implantar más medidas que beneficien la conciliación familiar con medidas adicionales a las puramente previstas en la ley; como la concertación de guarderías cerca de los lugares de trabajo, o la flexibilidad horaria teniendo en cuenta los horarios de entrada y salidas de colegios en el caso de padres y madres. También se deberían implantar mecanismos de planificación de sustituciones para atender imprevistos.

Los mandos intermedios son aquí una pieza clave; deben ser lo suficientemente humanos para conocer la situación personal de sus compañeros y tener la suficiente sensibilidad y habilidad para ayudarles en sus necesidades de conciliación familiar.

Medidas 43 y 44. Fomentar el trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios (4,04)

Las medidas 43 y 44 están integradas en el área 5 "Atención y coordinación social y sanitaria". Área de gran importancia, en la que es necesario seguir incidiendo para mejorar las prestaciones sanitarias, tanto en el presente como en el futuro.



Sabemos que un sistema fuerte y capaz es aquel que reconoce que curar es tan importante como cuidar y para ello es clave una adecuada coordinación social y sanitaria.

El resultado obtenido pone de manifiesto la necesidad de avanzar con paso firme en la creación de foros de encuentro y trabajo entre profesionales de los servicios sociales y sanitarios. Esta coordinación debe ser institucional, pues solo así se podrá conseguir la coordinación óptima.

También se aprecia la necesidad de planificar rotaciones anuales de profesionales entre los servicios sanitarios y sociales. El índice demuestra que se deben aunar esfuerzos para desarrollar fórmulas de trabajo en equipo entre los profesionales sanitarios y los que realizan sus funciones en los servicios sociales, cuando además, atienden a las mismas personas o usuarios. Esto sin duda facilitaría enormemente las tareas a realizar, mejorando la calidad de las prestaciones recibidas por los usuarios, creciendo en humanidad.

Es importante reconocer que la nota obtenida no permite conseguir un aprobado en la existencia de protocolos que mejoren el llamado “burn out” de estos profesionales. Este trabajo debe plantearse de forma clara y concreta por las instituciones, quienes pueden adoptar mecanismos que, si bien ahora son deficientes, como muestra la puntuación 4,04, pueden permitir en corto plazo alcanzar una mejora sustancial y expansiva.

Medida 87. Incentivación no económica (4,13)

Integrada en el Área 9 “Salud laboral, capital humano y humanización del trabajo”, esta medida alcanza 4,13 puntos. Este resultado pone de manifiesto que queda mucho terreno por recorrer en lo que afecta a una correcta incentivación no económica institucional para reconocer el trabajo bien hecho y los esfuerzos profesionales.

Esta puntuación pone de manifiesto que no contamos con los suficientes programas de reconocimiento a los profesionales destacados o que más se implican en la organización para cumplir los objetivos. Debemos trabajar en definir mecanismos que permitan a los profesionales dedicar parte de su jornada a investigar, o bien a realizar proyectos que hubieran propuesto. Eso redundaría en una mayor motivación en el trabajo.

Tampoco el conjunto del sistema sanitario aprueba en lo que a reconocimientos de valor se refiere; pues la mayoría de los sistemas autonómicos no cuentan en su haber con programas de reconocimiento institucional para los servicios destacados dentro de sus instituciones, cuando, sin duda, este tipo de reconocimientos permite, si son verdaderamente objetivos y transparentes, reconocer el esfuerzo y los avances, con las bondades que esto genera en la motivación, impulso y ejemplo de los equipos. Las empresas que lo contemplan mejoran considerablemente los rendimientos.

Medida 70. Evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo (4,13)

La medida está incluida en el Área 7 “Evaluación y el benchmarking” y obtiene una puntuación de 4,13. Queda todavía trabajo por hacer en lo que se refiere a los análisis económicos en los sistemas de salud autonómicos con respecto al tabaquismo y la obesidad. Y esto es relevante, máxime cuando estamos comprobando que los países avanzados de nuestro entorno están adoptando políticas públicas agresivas con respecto a la reducción e incluso eliminación del tabaquismo y de los malos hábitos de la dieta.

Sabemos que para reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares, cánceres y otras enfermedades crónicas, se deben mejorar los hábitos de vida, para ser más saludables; y que no siempre se cumplen, entre ellos no fumar, evitar tóxicos, como el alcohol, y hacer ejercicio regular; hábitos que son la insignia de las sociedades de los países más avanzados.

La falta de estos análisis refleja, en general, una falta de evaluación en el SNS y Servicios de Salud autonómicos, lo cual es un aspecto a mejorar.

Es necesario concienciar a la población de forma muy concreta sobre los gastos derivados del tabaquismo y la obesidad en el sistema sanitario. Hay muchos más fallecimientos por enfermedades derivadas de los malos hábitos que repercuten en problemas cardiovasculares directos, que incluso por accidentes de tráfico. Sin embargo, la sociedad desconoce esta realidad.

Los datos obtenidos a través de análisis realizados deben ofrecerse a los ciudadanos para concienciar así a la población, logrando sensibilizar a la sociedad en la mejora de su calidad de vida. Esto repercutirá de forma muy importante en la planificación y ejecución de los gastos y el uso de los recursos públicos destinados a la sanidad.



Este análisis permitiría adoptar campañas para abordar una difusión masiva que cuente con la participación de todos los agentes implicados para conseguir mejores resultados.



CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES GENERALES



El índice FES 2024 resulta ser un diagnóstico comparado de políticas, planes, y proyectos que en materia sanitaria han desarrollado los sistemas autonómicos de salud participantes. Es necesario aprovechar estos datos e identificar aquellos que han ido mejorando nuestro SNS. Trasladar políticas, planes y proyectos exitosos a otros sistemas para optimizar sus servicios sanitarios es una importante fortaleza.

La Fundación Economía y Salud reconoce el esfuerzo realizado por las CCAA que han contribuido a la realización de este análisis respondiendo a cada una de las medidas e indicadores que este año integran el autocuestionario. Tras un exhaustivo diagnóstico de los formularios recibidos por las CCAA participantes, y teniendo en cuenta que en esta edición las diferentes medidas planteadas presentan ítems muy detallados, específicos y cuantificados según una escala de Likert, el Comité Científico emite conclusiones y propone recomendaciones estratégicas consensuadas.

La puntuación total media obtenida por las CCAA participantes en esta tercera edición del Índice FES resulta de un aprobado alto, lo que nos permite concluir que el SNS tiene un buen funcionamiento global y que en general los Servicios de Salud son fuertes en sus ámbitos asistenciales, que son su núcleo y objetivos fundamentales del trabajo. Ello sin perjuicio, de que esta nota deja claro que también hay áreas y medidas en las que se debe seguir trabajando para mejorarlas.

Como hemos ido señalando a lo largo del informe, hay determinadas áreas y medidas que han alcanzado una buena puntuación y que demuestran que España cuenta con un sistema de salud robusto, afianzado y ambicioso en el sentido de que sigue implementando estrategias que le permiten ir mejorando cada día. Estas son las áreas de mayor a menor desarrollo:

Áreas más desarrolladas:

- Atención a Domicilio (6,87)
- Atención Primaria y Comunitaria (6,77)
- Medidas Asistenciales Generales (6,36)
- Gestión de la Información y Nuevas Tecnologías (6,23)
- Empoderamiento de los pacientes para promover la salud y prevenir la enfermedad (6,18)

Áreas de desarrollo medio:

- Compras y Gestión (5,87)
- Seguridad del Paciente (5,65).
- Atención y coordinación social y sanitaria (5,56).

Áreas con menos desarrollo:

- Evaluación y Benchmarking (5,35)
- Buen Gobierno y Transparencia (5,02)
- Salud laboral, capital humano y humanización del trabajo (4,79)

La asistencia sanitaria, la atención a domicilio y la atención primaria destacan como áreas consolidadas con gran puntuación. Entre las áreas con gran puntuación se introduce este año el área de tecnologías de la información, que fue muy impulsada en la pandemia, y que es cada vez más importante y se consolida como un pilar crucial del SNS.

El área 6 "Atención a Domicilio", es otra de las áreas más robustas con un peso del 9,9 puntos sobre el total de 100 puntos de los que consta el índice FES (una de las áreas con más peso del informe). Dentro de esta área, las medidas 41 y 54, "Atención domiciliaria integrada, sanitaria y social", ponen de manifiesto el avance por mejorar esta atención de manera integral, porque en las personas mayores y dependientes esta integración es fundamental. Haber obtenido esta puntuación denota que socialmente la atención domiciliaria al final de la vida se ha convertido en un estándar y la muerte digna en domicilio también.

El análisis permite demostrar la motivación de los Sistemas de Salud autonómicos en mejorar los sistemas de ciberseguridad y tratamiento de los datos, pues dentro del área 3 "Gestión de la Información y Nuevas Tecnologías", la Medida 28 "Canales de comunicación bidireccionales entre sanitarios y ciudadanos", ha aprobado con nota. También es un muy buen dato para esta área el obtenido en la medida 33 "Sistemas de Información Flexibles" (7,50).

Áreas con un desarrollo bueno, pero con oportunidades de mejora, son el Empoderamiento del paciente para promover la salud y prevenir la enfermedad y las áreas de Compras y gestión, Seguridad del paciente y Atención y coordinación social y sanitaria.

Otros datos muy satisfactorios corresponden al avance en las escuelas de pacientes (7,44) integrado en el área 4 "Empoderamiento del paciente para promover la salud y prevenir la enfermedad", y en la Prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) (7,38) dentro del área 8 "Seguridad del Paciente".



Áreas con un desarrollo más bajo y que hay que mejorar más son la Evaluación y Benchmarking, Buen Gobierno y Transparencia, y Salud Laboral, Capital Humano y Humanización del trabajo. La puntuación más baja de estas áreas sigue la línea de lo ocurrido en ediciones anteriores.

El área 9 “Salud laboral, capital humano y humanización del trabajo” es de las más importantes, pero cuenta con debilidades crónicas como la rigidez burocrática de su régimen jurídico, así como la dificultad para conseguir incentivos potentes contra la desmotivación de los profesionales y para dirigir la organización hacia los objetivos institucionales. En el buen gobierno y transparencia también tenemos debilidades para conseguir una auténtica meritocracia en el sistema y para transparentar los resultados en salud que ofrecemos.

A continuación, exponemos a modo de resumen ejecutivo las principales recomendaciones que se han ido describiendo a lo largo del informe. Con estas recomendaciones generales, que son las más relevantes de las distintas recomendaciones que se han hecho en cada área, cerramos este informe con el ánimo de que sirva para la mejora de los Servicios de Salud, agradeciendo de nuevo a las CCAA participantes el trabajo realizado y su implicación, pues su aportación consigue seguir avanzando de forma global en la mejora del SNS.

Así mismo, debemos recordar la necesidad de colaborar entre Administraciones Públicas. En este sentido, es clave compartir experiencias y fomentar las buenas prácticas entre comunidades permite avanzar con paso firme. La implantación de lo que funciona bien en un territorio se puede ajustar a otro que necesite esa mejora. Asimismo, ajustar estándares de servicio y asistencia que hayan demostrado una prestación de servicios con calidad en un territorio, mejorando la sanidad de forma eficiente y eficaz, permite mejorar las intervenciones sanitarias en aquellas comunidades con puntuaciones más bajas. También se debe detectar las buenas prácticas en cada Servicio de Salud, reconocerlas y tratar de extenderlas con apoyo institucional.

- Hay que mejorar y prestigiar la atención primaria en general como eje asistencial del sistema desde los ámbitos de decisión públicos para que nuevos profesionales elijan la Atención Primaria y Comunitaria como su ámbito de especialización.

- Es importante incrementar la formación y sensibilización en las estrategias "no hacer" para minimizar prácticas innecesarias, lo que no solo mejorará la calidad de la atención, sino que también optimizará los recursos y mejorará la seguridad del paciente. Este último efecto se produce porque las pruebas y tratamientos médicos están sometidos a efectos secundarios y adversos en mayor o menor medida.
- Se debe alcanzar una mayor coordinación institucional para conseguir que las prestaciones, sanitaria y social vayan de la mano. Nuestro lema y el que exige la sociedad, es la afirmación siguiente: "curar es tan importante como cuidar". Se aprecia 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. Para ello, hay que abordar la legislación en materia sociosanitaria y redactar más protocolos conjuntos es necesario para mejorar nuestro estado del bienestar. Se aprecia la necesidad de planificar rotaciones de profesionales entre los servicios sanitarios y sociales y se deben aunar esfuerzos para desarrollar fórmulas de trabajo en equipo entre los profesionales sanitarios y los que realizan sus funciones en los servicios sociales.
- Los resultados de las evaluaciones tecnológicas en salud y de la evidencia científica deben estar accesibles a los profesionales en la historia clínica electrónica, si es posible con alertas que puedan guiar y mejorar la práctica clínica.
- Los Servicios de Salud deben avanzar en acreditar la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente, creando sistemas de acreditación propios, así como de excelencia y buenas prácticas (por ejemplo, compartir protocolos y buenas prácticas entre comunidades puede ayudar a elevar los estándares de servicio y asistencia).
- Se debe mejorar la Evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo como son el tabaquismo y la obesidad. Es necesario concienciar a la población de forma concreta sobre los gastos sanitarios que se derivan por enfermedades generadas por malos hábitos como el tabaquismo y la obesidad en el sistema sanitario. Se necesita concienciar a la población de esta realidad, lo que permitirá reducir enormemente los gastos públicos.

- Es necesario mejorar la Infraestructura para la Conciliación Farmacéutica: Ampliar las herramientas y recursos disponibles para los profesionales de la salud para asegurar una mejor gestión de los tratamientos farmacológicos a través de prescripciones guiadas, alertas en la historia clínica electrónica y formación continua.
- 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 sobre hábitos de vida saludable para cuidar su salud y la de las personas de su entorno.
- La Responsabilidad Social Corporativa debe ser un punto esencial. Es necesario implantar mecanismos que permitan evaluar el impacto social, económico y medioambiental de las actuaciones que se realizan en salud.
- También es recomendable desarrollar planes estratégicos: la mayoría de las CCAA participantes no cuentan con planes de salud regionales actualizados.
- Es necesario conseguir mayor incentivación: los profesionales destacados se merecen más reconocimiento, y poder dedicarse a diseñar e implantar proyectos motivantes. Más reconocimientos institucionales de buenas prácticas, profesionales y proyectos también es necesario. Hay que implantar más estrategias de visualización que reconocen el esfuerzo de los equipos que están más implicados y obtienen mejores resultados. Asimismo, deberían implantarse programas que prevengan y mejoren el "burn out" de estos profesionales.

El éxito en la implementación de estas recomendaciones pasará por definir acciones mínimas viables que permitan intervenir en los procesos de manera ágil y mediante estrategias multifactoriales y sensibles a la realidad. La capacidad de personalizar estas medidas y hacerlas realidad en los contextos locales, en definitiva, es la clave del éxito.

A close-up photograph of a doctor's hand in a white lab coat pointing at a world map on a desk. A stethoscope is resting on the desk in the foreground. The background is softly blurred, showing more of the lab coat and the desk. The overall color palette is light blue and white, with a yellow circular logo in the center.

E & S

**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**