

**100 MEDIDAS QUE MEJORAN EL SECTOR
SALUD EN ESPAÑA **TRAS LA PANDEMIA DE
COVID-19****



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

INDICE

ÁREAS Y GRUPOS DE COORDINACIÓN	3
INTRODUCCIÓN	4
1. MEDIDAS ASISTENCIALES	8
2. ATENCIÓN PRIMARIA E INTEGRACIÓN ASISTENCIAL	16
3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS	22
4. PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EMPODERAMIENTO PACIENTE	30
5. INTEGRACIÓN SOCIOSANITARIA	36
6. ORGANIZATIVAS Y ATENCIÓN AL DOMICILIO	44
7. EVALUACIÓN Y BENCHMARKING	50
8. SEGURIDAD PACIENTE Y PROFESIONALES	58
9. CAPITAL HUMANO E INCENTIVACIÓN PROFESIONALES	64
10. COMPRAS Y GESTIÓN	70
11. EVALUACIÓN, BUEN GOBIERNO Y TRANSPARENCIA	76
ANEXO I. 100 MEDIDAS 2020	82

ÁREAS	GRUPO DE TRABAJO COORDINADOR
1. Medidas Asistenciales	Mercedes Martínez-Novillo, Paloma Casado, Carlos Peña y Alicia Negrón
2. Atención Primaria e Integración Asistencial	Amalia Franco, Baltasar Lobato, José Luis Gutiérrez Sequera y Alicia Negrón
3. Gestión de la Información y Nuevas Tecnologías	Pablo Sánchez Cassinello e Ignacio Arnott
4. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y Empoderamiento paciente	Carlos Alberto Arenas, Ignacio del Arco y Alicia Negrón
5. Integración Sociosanitaria	Amalia Franco, Baltasar Lobato, José Luis Gutiérrez Sequera y Alicia Negrón
6. Organizativas y Atención al Domicilio	Carlos Peña, Alicia Negrón, Mercedes Martínez Novillo y Paloma Casado
7. Evaluación y Benchmarking	Jesús María Aranaz, Jorge de Vicente y Diego López
8. Seguridad paciente y profesionales	Jesús María Aranaz, Jorge de Vicente y Javier Guerrero
9. Capital Humano e Incentivación profesionales	Miguel Ángel Mañez y Francisco Soriano Cano
10. Compras y Gestión	Francisco Soriano Cano y Miguel Ángel Mañez
11. Evaluación, Buen Gobierno y transparencia	Carlos Alberto Arenas y Carlos Mur de Viu
Revisión general	Carlos Alberto Arenas, Alicia Negrón, Antonio Burgueño

INTRODUCCIÓN GENERAL

La Fundación Economía y Salud lleva desde 2012 trabajando de manera seria y rigurosa, para analizar y mejorar el sector salud en España. Desde entonces 5 libros han visto la luz fruto de trabajo colaborativo entre muchos de los mayores expertos en el sector salud en España de todos los ámbitos de actuación.

Desde nuestros comienzos entendimos que el trabajo en equipo y colaborativo con expertos multidisciplinares debía de ser el camino para llegar a consensos en un sector como el Salud, poco conocido en profundidad por los ciudadanos en su funcionamiento interno y gestión, pero muy mediático e importante, ya que supone el mayor presupuesto e inversión de las CCAA, y también uno de los pilares del estado del bienestar, garante de cohesión social y solidaridad.

Uno de nuestros proyectos más emblemático y ambicioso fue hacer un diagnóstico completo del sector salud en España. Y no solo hacer el diagnóstico, sino poner el tratamiento con medidas de consenso amplio. Este objetivo lo hemos cumplido con creces gracias al trabajo de más de 300 expertos y dos reuniones bienales además de diversas jornadas anuales.

Fruto de los dos primeros foros bienales de la Fundación Economía y Salud se publicaron dos libros fundamentales para entender el sector salud en España y conocer sus oportunidades de mejora. El primero “100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud” analizaba el Sistema de Salud español y proponía las grandes líneas estratégicas de mejora por donde debía avanzar el mismo. El segundo libro derivado del desarrollo de esas grandes líneas estratégicas, y merced a la siguiente reunión de consenso, en el II Foro de la Fundación fue “100 medidas que mejoran el sector salud”. Este libro es una profundización en medidas más concretas derivadas de las líneas estratégicas del libro anterior. Gracias a este último trabajo tenemos 100 medidas concretas de consenso para mejorar el sector salud en España. Este trabajo salió a la luz en 2018 y la Fundación ha trabajado entre otras cosas en trasladar dichas medidas en indicadores. Sin embargo, la Pandemia del COVID-19 ha transformado profundamente la situación de partida del estudio en muchos aspectos y se hace imprescindible actualizar las medidas a la luz de la situación nueva creada por la pandemia, antes de concretizar todos los indicadores en los que trabajamos.

Este trabajo es el que presentamos, la revisión exhaustiva y modificación de las medidas adaptadas a la situación actual. En muchos casos las medidas han sido modificadas, se han eliminado algunas y se han añadido nuevas, resultando una actualización básica para poder abordar la mejora del sector partiendo desde la situación actual, lo que lo hace un trabajo imprescindible para políticos que tengan responsabilidad de mejorar el sector, así como planificadores, gestores sanitarios e incluso mandos intermedios y personal de base, ya que cada uno en su ámbito puede y debe mejorar el sector salud, donde trabaja.

El I Foro de la Fundación Economía y Salud, realizando el método de trabajo explicado, una vez analizados todos los resultados e información de los grupos de trabajo tuvo como resultado final el libro “100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud”, que se elaboró por el Coordinador de la obra enviando a cada uno de los coordinadores de los grupos de trabajo la información previa para la redacción por parte de estos de las distintas discusiones y conclusiones de los grupos de trabajo

Como resultado de la ponderación por parte del coordinador y equipo de redacción, en función de las veces que fueron citadas y ponderadas las líneas estratégicas de mejora en cada grupo de trabajo, se ponderaron y priorizaron las siguientes grandes líneas estratégicas, que quedaron definidas como las principales líneas estratégicas de mejora del sistema de salud consensuadas en el Foro:

Top Doce medidas de consenso para mejorar el sistema sanitario español

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

Tomando este documento de base, el libro “100 perspectivas para mejora el futuro sector salud” se plateo continuar este trabajo en el segundo Foro de la Fundación Economía y Salud, donde las grandes líneas estratégicas consensuadas previamente se desarrollaron con más profundidad, para sacar de ellas medidas y objetivos más concretos. La metodología previa fue muy similar a la del primer Foro, enviando a los expertos seleccionados la visión general del grupo de trabajo y línea estratégica en la que estaban, con un trabajo previo de un coordinador de cada grupo (un experto responsable de la Fundación) que les envió un plan de trabajo.

El día 28 de octubre de 2017 se reunieron en el II Foro de la Fundación Economía y Salud de nuevo más de 140 expertos distribuidos en los 12 grupos de trabajo. Cada uno fue dirigido por un coordinador que previamente había contactado con los expertos a través de formularios y encuestas para llegar a enmarcar el tema a tratar en el grupo. La metodología ese día fue realizar una técnica de consenso, la técnica de grupo nominal, en cada uno de los grupos de expertos para extraer y priorizar las medidas de mejora del sistema, en base al trabajo previo de las encuestas y las líneas de acción priorizadas en el primer foro.

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

De esta forma, las medidas que surgieron en el II Foro igualmente consensuadas, tuvieron un carácter más ejecutivo que las del primer foro, y podrían ser de aplicación más inmediata, de cara a mejorar y hacer más sostenible el sector de la salud. Los responsables de cada uno de los grupos de trabajo eliminaron las medidas polémicas y sin consenso, y mantuvieron aquellas que fueron consensuadas por todos los expertos.

Los 12 grupos de trabajo creados en base a las grandes líneas estratégicas de consenso de anterior Foro, 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 salud.



De las medidas que propusieron, los expertos se seleccionaron las de mayor consenso. De este trabajo surge el libro “100 medidas que mejoran el sector salud” que fue publicado en mayo de 2018.

Este es el trabajo que revisamos, mejoramos y adaptamos a la situación actual. Algunos grupos de trabajo se han fusionado y hemos obviado el de internacionalización del sector salud, no porque no sea importante sino porque creemos que debemos centrarnos en los otros más relevantes en la situación actual.

En total tenemos otras **100 medidas** entre nuevas, reformuladas y adaptadas a la situación actual, que pasamos a desarrollar en las siguientes páginas.

1. Medidas Asistenciales

INTRODUCCIÓN

La pandemia COVID-19 ha puesto a prueba la madurez y resistencia de todos los sistemas sanitarios, incluso con elevado nivel de desarrollo, como es el caso de Europa y particularmente de España. El elevado número de pacientes infectados en corto espacio de tiempo, la dificultad para establecer los síntomas de alerta, el desconocimiento de los tratamientos idóneos para atenuar las consecuencias y las complicaciones, imprevistas y graves, han hecho tremendamente difícil abordar asistencialmente la pandemia, particularmente en algunas comunidades, como es el caso de Madrid, particularmente castigadas.

De ello se desprende la necesidad de revisar atentamente las principales dificultades para poder atender al creciente volumen de pacientes en los servicios de urgencias, diferenciando aquellas medidas que deben ser consideradas como estructurales y básicas, así como aquellas otras que se han demostrado idóneas para afrontar la pandemia, que hay que potenciar y mantener.

Las medidas en el ámbito asistencial cobran especial interés, porque en él reside la responsabilidad de la detección, seguimiento y tratamiento precoces que impidan un curso nefasto de la enfermedad. La imprevisible dispersión del virus hace probable enfrentarnos en corto espacio de tiempo a uno o varios rebrotes, por lo que estamos a tiempo de implantar o consolidar medidas que nos ayuden a afrontarlo con la mejor preparación posible, disminuyendo el riesgo de pacientes y profesionales. Por ello, la revisión de las medidas asistenciales se hace imprescindible por cuanto el sistema ha de estar preparado para circunstancias como las vividas, pero no sólo eso, sino por la necesidad de plantear e implementar medidas estructurales que sea la base del abordaje de los retos asistenciales a medio y largo plazo.

MEDIDAS 2017

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

MEDIDAS 2020

1	Potenciar, difundir e implantar en los Servicios de Salud de las CCAA, la Estrategia “No hacer”.
2	Detectar, potenciar y replicar las buenas prácticas. Benchmarking.
3	Auditar y evaluar las entradas en lista de espera según criterios clínicos consensuados, para ajustar la indicación.
4	Atención sanitaria basada en valor: resultados como base para mejorar la toma de decisiones.
5	Disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica.
6	Consolidar la conciliación farmacoterapéutica y favorecer la desprescripción.
7	Disponibilidad de herramientas de ayuda a la prescripción farmacoterapéutica.
	ELIMINADA: Seguir investigando y desarrollando la tecnología de biología sintética.
8	Redistribución de los recursos asistenciales, en función de las necesidades y la demanda, fomentando los procedimientos de desinversión y reinversión, tras su evaluación.
9	Estandarizar modelos de atención de referencia y de funcionamiento en red, estableciendo las condiciones mínimas para su implantación y su evaluación continuada.
10	Toma de decisiones compartida como base de la nueva asistencia sanitaria.
11	Garantizar la continuidad asistencial como base de una atención integrada, coordinada y centrada en el valor.
12	Flexibilización en la asignación de los recursos humanos en función de las necesidades asistenciales.
13	Establecer estándares de atención centrada en la persona.

JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
1	Potenciar, difundir e implantar en los Servicios de Salud de las CCAA, la Estrategia “No hacer”.	Medida que se despliega en las distintas recomendaciones de las sociedades científicas, basadas en la evidencia, y que contribuyen a aportar valor a la asistencia sanitaria por cuanto evitan intervenciones innecesarias, o que no han demostrado mejora en los resultados, o sin valor añadido, o incluso que pueden comprometer la seguridad del paciente, o elevar innecesariamente el consumo de recursos. De estas recomendaciones procede realizar una priorización pormenorizada adaptada a las necesidades a nivel meso y micro.
2	Detectar, potenciar y replicar las buenas prácticas. Benchmarking.	Basada en la detección de intervenciones concretas que han demostrado mejora de los resultados en salud, y, por lo tanto, que aportan valor. La detección de BBPP con criterios comunes adaptados a las necesidades actuales del sistema, así como la replicación de estas BBPP fomentando el aprendizaje mutuo, es uno de los fundamentos operativos de la mejora continua de la asistencia sanitaria.
3	Auditar y evaluar las entradas en lista de espera según criterios clínicos consensuados, para ajustar la indicación.	Esta medida tiene un interés muy específico en la gestión de lista de espera, siendo competencia de micro gestión. En el contexto postCOVID-19 ajustar la indicación será imprescindible para el control de las demoras.

4	Atención sanitaria basada en valor: resultados como base para mejorar la toma de decisiones.	La atención sanitaria debe orientarse hacia resultados en lugar de hacia volumen, de forma que el valor queda definido por los resultados en relación con los recursos utilizados para conseguirlos. Dentro de los resultados deben incluirse la efectividad de las intervenciones y la experiencia del paciente.
5	Disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica.	Es preciso aportar a los profesionales las herramientas que garanticen un apoyo en la práctica clínica por seguridad del paciente, calidad y equidad en la atención, y para proporcionar agilidad y seguridad a los clínicos. También como forma de previsión en gestión. Esta medida es compatible con el margen para la innovación coordinado, soportado y aprobado por la organización.
6	Consolidar la conciliación farmacoterapéutica y favorecer la desprescripción	En la línea de lo anterior, consideramos que el sistema debe proporcionar las herramientas para facilitar y potenciar la conciliación y desprescripción para reducir reacciones adversas, especialmente en personas polimedicadas. Medidas como la difusión de la información, potenciar otro tipo de tratamientos o soportes no farmacológicos y herramientas de ayuda en la toma de decisiones, pueden ser opciones para conseguir esta medida.
7	Disponibilidad de herramientas de ayuda a la prescripción farmacoterapéutica	La mejora de la prescripción farmacológica, pasa por incorporar aquellas herramientas que permitan mejorar los resultados en las personas, normalizar la práctica y apoyar al prescriptor en la toma de decisiones.
	ELIMINADA: Seguir investigando y desarrollando la tecnología de biología sintética.	Siendo evidente el interés de la medida en materia de innovación, no la consideramos relevante en el contexto asistencial postCOVID-19.

8	<p>Redistribución de los recursos asistenciales, en función de las necesidades y la demanda, fomentando los procedimientos de desinversión y reinversión, tras su evaluación.</p>	<p>Esta medida se ha reformulado porque incluía 2 temas diferentes que no deben mezclarse; respecto a la flexibilización del régimen estatutario es imposible modificarla, por lo que resulta inútil apelar a ella y se ha retirado. Sin embargo, la flexibilización se consigue aplicando modelos de gestión clínica que permitan mayor funcionalidad.</p>
9	<p>Estandarizar modelos de atención de referencia y de funcionamiento en red, estableciendo las condiciones mínimas para su implantación y su evaluación continuada.</p>	<p>El texto de la medida mezclaba dos conceptos diferentes, por un lado, la adaptación del tamaño de las plantillas a las áreas y por el otro, las unidades de referencia. Se ha reformulado en torno al modelo de atención de referencia, especialmente en patologías poco frecuentes, o bien porque sea necesaria una dotación específica de recursos y organización.</p>
10	<p>Toma de decisiones compartida como base de la nueva asistencia sanitaria.</p>	<p>El paso de la asistencia sanitaria paternalista a la deliberativa-participativa, precisa de la participación de los pacientes y ciudadanía a todos los niveles. En el nivel micro, la participación de la persona (previamente formada e informada) en la toma de las decisiones que afectan a su salud, es esencial como fundamento de la asistencia sanitaria a día de hoy. La participación en la toma de decisiones mejora los resultados en salud en la medida que corresponsabiliza al paciente, a la vez que aporta valor, al tener en cuenta la preferencia de éste para la orientación de los resultados a obtener tras la intervención sanitaria propuesta (cirugía, tratamientos, etc.).</p>
11	<p>Garantizar la continuidad asistencial como base de una atención integrada, coordinada y centrada en el valor.</p>	<p>La experiencia del paciente es inseparable de los resultados obtenidos tras las intervenciones sanitarias, siendo fundamental la percepción de un sistema integrado y continuo, sin fragmentaciones, a lo largo de su proceso e incluso dentro de cada centro asistencial.</p>

12

Flexibilización en la asignación de los recursos humanos en función de las necesidades asistenciales.

Es fundamental que se pueda garantizar la movilidad de los profesionales entre niveles, áreas y ámbitos, particularmente cuando la demanda asistencial lo exige, como es el caso de la pandemia COVID-19.

13

Establecer estándares de atención centrada en la persona.

Orientar los resultados de la asistencia sanitaria partiendo de las necesidades, expectativas y preferencias de la persona enferma y su entorno. Incluye aspectos como: Respeto por los valores, las preferencias y las necesidades, información y capacitación, confort físico y emocional, participación de la familia y amigos y accesibilidad. Estos aspectos, impactan en los resultados en salud individuales y colectivos, y están relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria. En la orientación a resultados de la asistencia sanitaria, es imprescindible a día de hoy establecer criterios que unifiquen la forma de medir aspectos difícilmente cuantificables, que aportan valor por cuanto tienen en cuenta una perspectiva holística de la persona.

CONCLUSIONES

Estas medidas van encaminadas a reforzar las necesidades estructurales que se deben mantener cubiertas siempre en el sistema sanitario y especialmente de cara a un sobreesfuerzo asistencial como ha sido la pandemia. La continuidad asistencial, la integración y la redistribución de los recursos con agilidad, facilitarán el abordaje de una situación de sobre exigencia como la que hemos vivido.

Centrando la atención en los intereses del paciente y contando con su participación, lograremos resultados que aporten valor sobre él y su entorno.

2. Atención Primaria e Integración Asistencial

INTRODUCCIÓN

La Pandemia COVID-19 ha azotado nuestra sanidad en menos de tres meses con un tremendo impacto en los Servicios Públicos, Sanitarios (en especial en Atención Primaria, Urgencias, Medicina Interna, Cuidados Intensivos y Salud Pública, así como en la ralentización, si no parálisis de la atención no COVID-19 con un impacto dramático que tardaremos en dimensionar) y Sociales (fundamentalmente Residencias de Mayores, con gravísimas carencias asistenciales y de dotación provocando una tremenda mortalidad) en los profesionales de los sistemas afectados, que han demostrado su implicación a cuenta de su propia salud, comprometida en mucho mayor grado que en otros países de nuestro entorno y en las prestaciones de nuestro sistema de bienestar.

En nuestro grupo de trabajo se debatió brevemente sobre las líneas de actuación definidas hace 4 años y como la Pandemia verificó su urgente necesidad, abrió nuevas perspectivas y oportunidades para afrontarlas o ha supuesto una barrera para su implementación, abriendo nuevas perspectivas y enfoques para el abordaje desde ahora.

Los efectos de la Pandemia en los Servicios Sociales y Sanitario nos llevan a concluir que, en el fondo, nunca existió el convencimiento de que una atención integrada, centrada en la persona, no solo es más eficiente y sostenible en el tiempo, sino que, a la vez, es más humana. Pero, para evitar errores pasados, nuestro trabajo se centró en identificar qué acciones concretas y viables a corto plazo podríamos promover desde la Fundación Economía y Salud para reactivar la “ola de cambio COVID-19” que hará, del nuestro, un sistema más sostenible y humano.

MEDIDAS 2017

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

MEDIDAS 2020

14	Disponer de procesos de estratificación poblacional de complejidad para poder usarlos en situaciones de crisis epidemiológica para priorizar la atención.
15	Incrementar la intensidad del seguimiento de los procesos por parte de AP e implantar la teleasistencia a tres: (paciente- ámbito hospitalario-atención primaria).
16	Puntos de acceso a Historia Clínica Digital en todos los centros sociosanitarios.
17	Pleno acceso a los sistemas de información clínica asistencial de los equipos de salud pública comunitarios.
18	Rediseñar los procesos de coordinación asistencial para generar una interfase nueva intermedia en la secuencia clásica Primera-Revisión-Alta, que sea un seguimiento de continuidad.
19	Diseñar protocolos de crisis que permitan "intervenir" sanitariamente los centros que no presentan capacidad de abordaje sanitario de situaciones de crisis epidemiológica.
20	Reforzar e implantar los procedimientos de vigilancia epidemiológica centrados en Atención Primaria definiendo los recursos necesarios.
21	Fijación de niveles de capacidad de abordaje sanitario y cumplimiento de estándares de seguridad en centros sociosanitarios, con especial énfasis en el control de brotes de enfermedades transmisibles.
22	Establecimiento de un estándar de reserva estratégica de material de protección por cada centro, tanto social como sanitario.

JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
14	Disponer de procesos de estratificación poblacional de complejidad para poder usarlos en situaciones de crisis epidemiológica para priorizar la atención.	Deterioro de los procesos de seguimiento de pacientes crónicos estables, posible incremento de reagudizaciones, despriorización del seguimiento hospitalario.
15	Incrementar la intensidad del seguimiento de los procesos por parte de AP e implantar la teleasistencia a tres:(paciente- ámbito hospitalario-atención primaria).	Mejorar el procesos de seguimiento de pacientes crónicos.
16	Puntos de acceso a Historia Clínica Digital en todos los centros sociosanitarios.	Resolver los problemas en el tratamiento de la información derivados de las dificultades de interoperabilidad entre el ámbito social y el sanitario.
17	Pleno acceso a los sistemas de información clínica asistencial de los equipos de salud pública comunitarios.	Problemas de interoperabilidad entre sistemas de información clínica y sistemas de información de salud pública.
18	Rediseñar los procesos de coordinación asistencial para generar una interfase nueva intermedia en la secuencia clásica Primera-Revisión-Alta, que sea un seguimiento de continuidad.	De especial importancia en las patológicas crónicas y el paciente frágil.
19	Diseñar protocolos de crisis que permitan "intervenir" sanitariamente los centros que no presentan capacidad de abordaje sanitario de situaciones de crisis epidemiológica.	Evitar despriorización de la atención a pacientes institucionalizados en centros sociales por una concepción sesgada de que tienen capacidad de abordaje sanitario por encima de la real.
20	Reforzar e implantar los procedimientos de vigilancia epidemiológica centrados en Atención Primaria definiendo los recursos necesarios	Resolver la Insuficiencia de recursos comunitarios (Atención Primaria y salud pública) para el control, vigilancia y seguimiento de la epidemia
21	Fijación de niveles de capacidad de abordaje sanitario y cumplimiento de estándares de seguridad en centros sociosanitarios, con especial énfasis en el control de brotes de enfermedades transmisibles.	Acreditar y clasificar los centros sociosanitarios en función de su capacidad sanitaria y preventiva.

22

Establecimiento de un estándar de reserva estratégica de material de protección por cada centro, tanto social como sanitario.

Prevenir el déficit de material sanitario tanto de protección como asistencial, dificultades de acceso al mercado de productos sanitarios para determinados centros.

CONCLUSIONES

La Telemedicina y la Teleasistencia han llegado para quedarse, en tres meses se ha avanzado lo que se esperaba para un horizonte de 4 años. La necesidad de atender de forma remota a pacientes COVID -19 y noCOVID-19 y, por otro lado, la necesidad de aprovechar la capacidad asistencial de médicos infectados asintomáticos ha supuesto un hito, ya irreversible, en nuestro país.

Tenemos que aprovechar esta disrupción tecnológica para avanzar en estrategias de Interoperabilidad para la construcción de la Historia Electrónica Única Social y Sanitaria. Esta Historia Electrónica ha de ser accesible a profesionales, pacientes y cuidadores, como herramienta de conocimiento, ha de ser capaz de generar nuevos indicadores viables y ciertos (tanto para la estratificación, generación de ciencia y para establecer estrategias de prevención y “predicción” de enfermedad y disfunción) así como ser un elemento dinamizador del abordaje de problemas asistenciales por procesos integrados.

En el ámbito de suministros el establecimiento de una reserva estratégica centralizada de material de protección por cada centro, tanto social como sanitario.

El refuerzo de los procedimientos de vigilancia epidemiológica centrados en Atención Primaria, definiendo los recursos necesarios y protocolos de crisis que permitan "intervenir" sanitariamente los centros que no presentan capacidad de abordaje sanitario de situaciones de crisis epidemiológica.

3. Gestión de la Información y Nuevas Tecnologías

INTRODUCCIÓN

La digitalización de la salud, en cualquiera de sus acepciones e interpretaciones, es sin duda uno de los principales **agentes de cambio** de los modelos de atención tradicionales durante los últimos años. La incorporación de las nuevas tecnologías al proceso asistencial y el uso cada vez más inteligente de la información generada está modificando no sólo la **forma de diagnosticar y tratar** las enfermedades, sino que también está cambiando el **modelo de relación** entre el paciente y el profesional.

Sin embargo, la crisis sanitaria motivada por COVID-19 ha puesto de manifiesto algunas **carencias o limitaciones** derivadas del nivel de madurez o extensión de las nuevas tecnologías, que pueden resumirse en los siguientes:

- Los **canales de comunicación** con la ciudadanía, pacientes, profesionales, y familiares han sido insuficientes, especialmente a la hora de ofrecer y recoger información inmediata, útil y fiable.
- El **registro, integración, consolidación, y explotación** de la información ha sido insuficiente por la existencia de silos de información asistenciales o gerenciales, la falta de modelos de gobierno y calidad del dato, y la dependencia en última instancia del registro manual por parte del personal, mayoritariamente profesionales sanitarios.
- La implantación de herramientas o tecnologías para **servicios no presenciales** en los modelos asistenciales actuales se ha caracterizado por la falta de integración con el resto de las soluciones digitales ya existentes.
- Los sistemas de información existentes han mostrado **limitaciones en su flexibilidad** a la hora de incorporar nuevas funcionalidades o capacidades.
- La falta de confianza en la **seguridad y confidencialidad** de las diferentes tecnologías ha impedido su adopción de forma masiva y corporativa por parte de los proveedores de servicios sanitarios.

En este contexto, la digitalización de la salud y el uso inteligente de la información adquiere si cabe un papel más relevante y crítico tras la crisis sanitaria y ante la posibilidad de que se repita un escenario asistencial similar. **Las tecnologías de la información se muestran como elemento indispensable**, no accesorio, para facilitar y acelerar muchas de las medidas descritas a lo largo del presente libro.

MEDIDAS 2017

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

MEDIDAS 2020

23	Modificar el alcance y contenido de la información de cada ciudadano que se comparte entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad con el objeto de disponer de los datos necesarios para una gestión y vigilancia epidemiológica efectivas.
24	Implantar modelos de captura de la información asistencial y no asistencial basados en tecnologías de registro automáticas (IoT, RFID, ...)
25	Homogeneizar los criterios de seguridad y confidencialidad exigibles a los sistemas de información.
26	Establecer canales de comunicación bidireccionales flexibles y seguros entre el proveedor de servicios sanitarios y el paciente y su entorno cercano.
	ELIMINADA: Mejorar la forma de comunicación de los agentes tecnológicos, para generar y dirigir mensajes específicos a la población general, las administraciones y los grupos de inversión, que generen un círculo virtuoso de demanda de tecnología.
27	Implantar servicios digitales no presenciales en todas las actividades de los procesos asistenciales o no asistenciales que no requieran el desplazamiento de los pacientes o este sea evitable.
28	Ofrecer a los ciudadanos herramientas de gestión agregada y compartición de su información independientemente del proveedor sanitario (público o privado) en el que se haya generado la información.
29	Junto al Plan Nacional de Interoperabilidad, es necesario implantar medidas de gobierno y calidad del dato para la consolidación de la información.
30	Implantar modelos analíticos compartidos (Big data, analítica avanzada, inteligencia artificial,...) de vigilancia epidemiológica, de capacidad asistencial requerida, y de necesidades logísticas.
31	Implantar sistemas de información y arquitecturas flexibles y con capacidad de adaptación a las necesidades que puedan surgir.

JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
23	<p>Modificar el alcance y contenido de la información de cada ciudadano que se comparte entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad con el objeto de disponer de los datos necesarios para una gestión y vigilancia epidemiológica efectivas.</p>	<p>La gestión de situaciones de emergencia requiere disponer de una visión única, integrada, y actualizada de cada caso (ciudadano) frente a datos agregados que no permiten la toma de decisiones.</p>
24	<p>Implantar modelos de captura de la información asistencial y no asistencial basados en tecnologías de registro automáticas (IoT, RFID, ...)</p>	<p>El registro y disponibilidad de la información debe depender lo menos posible del registro humano, garantizando así la calidad de la información y la inmediatez de esta.</p>
25	<p>Homogeneizar los criterios de seguridad y confidencialidad exigibles a los sistemas de información.</p>	<p>Los criterios de seguridad y confidencialidad de la información deben ser comunes a todas las organizaciones sanitarias y alineados con la realidad y madurez actual de las tecnologías.</p>
26	<p>Establecer canales de comunicación bidireccionales flexibles y seguros entre el proveedor de servicios sanitarios y el paciente y su entorno cercano.</p>	<p>Establecer canales de información bidireccionales entre pacientes y servicios de salud en los distintos puntos del proceso, asistencial y no asistencial, ha demostrado ser uno de los elementos clave e imprescindibles de gestión y coordinación de la crisis</p>
	<p>ELIMINADA: Mejorar la forma de comunicación de los agentes tecnológicos, para generar y dirigir mensajes específicos a la población general, las administraciones y los grupos de inversión, que generen un círculo virtuoso de demanda de tecnología.</p>	<p>La digitalización creciente de la sociedad, junto a la madurez alcanzada por las nuevas tecnologías, define un contexto de demanda creciente de digitalización que se ha visto incrementada aún más si cabe por la crisis asistencial vivida.</p>

27	<p>Implantar servicios digitales no presenciales en todas las actividades de los procesos asistenciales o no asistenciales que no requieran el desplazamiento de los pacientes o este sea evitable.</p>	<p>La prestación de servicios de forma no presencial, asistenciales y no asistenciales, es imprescindible no sólo en un contexto de emergencia sanitaria sino también como elemento vertebrador de un nuevo modelo de asistencia sostenible en el tiempo. La implantación de servicios digitales no presenciales no debe estar ligada a patologías o especialidades concretas, sino al análisis objetivo de cualquier actividad y la evaluación de las alternativas de cómo realizarse de forma remota.</p>
28	<p>Ofrecer a los ciudadanos herramientas de gestión agregada y compartición de su información independientemente del proveedor sanitario (público o privado) en el que se haya generado la información.</p>	<p>Los datos de salud de los ciudadanos se encuentran dispersos entre los diferentes proveedores de salud públicos y privados sin que los pacientes puedan gestionar el uso integrado de su información. El acceso a la información por “silos” debe evolucionar hacia una gestión de la información integrada.</p>
29	<p>Junto al Plan Nacional de Interoperabilidad, es necesario implantar medidas de gobierno y calidad del dato para la consolidación de la información.</p>	<p>Más allá de establecer un modelo de interoperabilidad compartido, del que la situación actual de los sistemas de información impide su implantación en el corto plazo y por tanto resolución del problema en “origen”, las discrepancias en los modelos de obtención y actualización de la información requieren la implantación de un modelo de gobierno y calidad del dato compartido entre los proveedores de servicios sanitarios.</p>
30	<p>Implantar modelos analíticos compartidos (Big data, analítica avanzada, inteligencia artificial,...) de vigilancia epidemiológica, de capacidad asistencial requerida, y de necesidades logísticas.</p>	<p>A partir de información compartida y común es necesario disponer de indicadores de vigilancia y alerta que permitan una planificación de las necesidades asistenciales y logísticas. Los modelos y su evolución deberán ser compartidos entre las distintas administraciones.</p>

Implantar sistemas de información y arquitecturas flexibles y con capacidad de adaptación a las necesidades que puedan surgir.

En un entorno dinámico, como el que ha tenido lugar durante la crisis sanitaria, es imprescindible que las soluciones digitales tengan capacidad de incorporar nuevos procesos y/o modificar los actuales de forma ágil

CONCLUSIONES

Las medidas propuestas en el ámbito de la Gestión de la Información y las Nuevas Tecnologías en la era postCOVID-19 reflejan la necesidad de garantizar que la salud digital participe y posibilite nuevos modelos asistenciales al mismo tiempo que facilita la compartición de la información y la toma de decisiones. Así, las medidas propuestas han de contribuir a dibujar un escenario en el que la salud digital sea un instrumento al servicio de todos los agentes del modelo asistencial y que se caracterice por:

1. Garantizar una **visión integral, actualizada, y compartida de la información sanitaria de un ciudadano**, independientemente de su lugar de residencia y establecimiento sanitario en el que ha recibido atención sanitaria, ya sea público o privado, que permita el establecimiento de medidas vigilancia y gestión en el ámbito que corresponda (salud pública, epidemiología, atención sanitaria, logística, ...)
2. Permitir la **prestación de servicios digitales no presenciales** en todos los casos que no sea estrictamente necesario.
3. Ofrecer **capacidad de evolución y transformación** en función de las nuevas necesidades.
4. Ofrecer **confianza a ciudadanos y profesionales en cuanto al uso y confidencialidad** de la información, garantizando la **integridad y calidad de los datos asistenciales y no asistenciales**



4. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y Empoderamiento del Paciente

INTRODUCCIÓN

Ante el COVID-19, una enfermedad nueva, desconocida, por el momento sin tratamiento efectivo ni vacuna, las medidas más efectivas para evitar la propagación del contagio dependen, más que nunca, del nivel de alfabetización en salud, entendido como el proceso que permite el “empoderamiento” de las personas para su propio cuidado y de los de su entorno.

Una de las principales consecuencias de los modelos de atención centrada en la persona se traduce en el denominado “empoderamiento” y en la mejora de los autocuidados (y por tanto de la prevención y la promoción de la salud). Las medidas asociadas a este grupo fueron las más valoradas en la ponderación realizada por el grupo de expertos.

La atención centrada en las personas es uno de los pilares de las estrategias internacionales para mejorar la salud, promover la autonomía personal y la vida independiente. Esa es la teoría, pero tristemente, en la práctica, no se suele tener en cuenta y el diseño de los modelos de atención no suele centrarse en las necesidades y expectativas de las personas (ciudadanos, pacientes y profesionales) más allá de su inclusión como mera referencia o elemento publicitario; a pesar que **se puede hacer mucho, y en realidad con muy poco.** Casi todas son acciones perfectamente viables, la mayoría no requieren grandes inversiones, desarrollos complejos o nuevos recursos sino más bien la activación de pequeños cambios en la forma de organizar los servicios, abrir nuevas vías de comunicación, o en usar herramientas y conceptos que ya han probado su utilidad.

Por eso todas las ideas-fuerza y medidas para la acción propuestas por el grupo de trabajo en el año 2018 siguen con plena vigencia y mucho margen para su desarrollo y aplicación práctica. Algunas de estas medidas se contemplan en esta revisión en otros grupos de trabajo. Y es lógico, ya que al poner a las personas (ciudadanía/pacientes-profesionales) en el centro del modelo del bienestar y la salud, se construye la base del cambio necesario en el modelo de atención y cuidados.

En línea con el objetivo de facilitar la aplicación práctica de las medidas en el escenario de redefinición del sector que se abre a partir de la crisis provocada por la pandemia de SARS COV-2, hemos priorizado cinco medidas a partir de la revisión de las nueve propuestas originales y se proponen dos medidas nuevas.

MEDIDAS 2017

34	Los portales de salud deben tener información comprensible de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, válida desde el punto de vista científico.
35	Que el ciudadano tenga sus datos de salud accesibles en la nube de manera segura y descargable a modo de mochila de salud, incluyendo además de datos clínicos, sus preferencias, testamento vital y cualquier dato de interés para su bienestar.
36	Desarrollar “píldoras de información” para el ciudadano/paciente de manera que esté informado de manera permanente a través de la inteligencia artificial, de qué puede hacer para mejorar su salud en su proceso asistencial y vital, a través de canales accesibles y fáciles (Smartphone, redes sociales, etc.).
37	Desarrollo de recursos 2.0 para el ciudadano activo con su salud: mapa de recursos asistenciales y de promoción de salud disponible, actividades saludables, cursos, dietas, deporte, etc.
38	Transparentar la información de eficacia clínica y seguridad asistencial de los proveedores asistenciales, médicos y otros profesionales, equipos e instituciones.
39	Desarrollar la capacidad real del usuario/ciudadano para elegir proveedor de salud en base a la información disponible y transparentada.
40	Formación reglada a pacientes en autocuidados a través de guías e itinerarios formativos en autocuidados específicos.
41	Potenciar la promoción y prevención en Atención Primaria con programas específicos liderados por enfermería.
42	Puesta en marcha de grupos focales de pacientes en áreas sanitarias críticas (Urgencias, UCI, Cirugía, Oncología, etc.).

MEDIDAS 2020

32	Portal de salud accesible a través de APP para dispositivos móviles, con información válida actualizada y comprensible
33	Historia de Salud personal interoperable e interactiva (Mochila de salud y bienestar) integrando informes, datos, preferencias y comentarios del usuario, accesible en la nube, de actualización automática en tiempo real y descargable por el usuario
34	Portal de educación y promoción de la salud con recursos adaptados y formatos accesibles para canales de comunicación online (infografías, redes sociales...) Incluye “Píldoras de información” con mapas de recursos asistenciales, consejos de salud, actividades saludables, cursos, alimentación...
35	Interacción y colaboración entre sector salud y sector educativo para incrementar el nivel de alfabetización en salud. Implantar Programas de promoción de la salud en escuelas, institutos y universidades con medición del impacto en el nivel de alfabetización en salud de docentes y estudiantes.
36	Incorporación de la perspectiva biopsicosocial en las intervenciones clínicas, sobre todo en enfermedad crónica. Los protocolos clínicos incluyen elementos, recursos y recomendaciones para la salud social, afectiva, emocional, etc.

JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
32	Portal de salud accesible a través de APP para dispositivos móviles, con información válida actualizada y comprensible.	Se ha modificado ligeramente la redacción para reforzar la accesibilidad de la información digital.
33	Historia de Salud personal interoperable e interactiva (Mochila de salud y bienestar) integrando informes, datos, preferencias y comentarios del usuario, accesible en la nube, de actualización automática en tiempo real y descargable por el usuario.	Esta es una de las medidas que tuvo mayor consenso entre el grupo de expertos, y se mantiene tal cual.
34	<i>Portal de educación y promoción de la salud con recursos adaptados y formatos accesibles para canales de comunicación online (infografías, redes sociales...) Incluye "Píldoras de información" con mapas de recursos asistenciales, consejos de salud, actividades saludables, cursos, alimentación...</i>	Combina las medidas 36 y 37 originales para potenciar el concepto de recursos de salud digital en la promoción de la salud.
35	Interacción y colaboración entre sector salud y sector educativo para incrementar el nivel de alfabetización en salud. <i>Implantar Programas de promoción de la salud en escuelas, institutos y universidades con medición del impacto en el nivel de alfabetización en salud de docentes y estudiantes.</i>	Medida nueva. Se ha desarrollado a partir de las medidas 40 y 41 originales, ampliando el alcance con el objetivo de aprovechar sinergias con el sector educativo, también en profunda transformación debido a la pandemia, y fortalecer el nivel de alfabetización en salud no solo en las escuelas, si no a lo largo de todo el ciclo educativo.
36	Incorporación de la perspectiva biopsicosocial en las intervenciones clínicas, sobre todo en enfermedad crónica. <i>Los protocolos clínicos incluyen elementos, recursos y recomendaciones para la salud social, afectiva, emocional, etc.</i>	Medida nueva. La pandemia de COVID-19 también ha puesto de manifiesto el gran impacto emocional derivado de la enfermedad y sus consecuencias (como el aislamiento, la cercanía con la muerte o el estigma) no solo para los pacientes, sino también para profesionales. La perspectiva biopsicosocial es una aproximación a los cuidados integrales, base de la atención centrada en la persona.

CONCLUSIONES

A lo largo del brote epidémico de la COVID-19, la alfabetización en salud se ha convertido en un determinante clave de salud para salvar vidas a través de la conducta. También ha puesto de manifiesto los peligros de la infodemia con un impacto sin precedentes en la peligrosa expansión de desinformación alrededor del virus, la enfermedad y supuestos tratamientos que dificultan los esfuerzos de los profesionales en salud pública para evitar la propagación de la enfermedad.

Hoy por hoy, la única forma de evitar la propagación del virus implica que la población pueda disponer, entender y juzgar la información basada en la evidencia (que además puede cambiar conforme se acumulan nuevas evidencias) para disminuir el riesgo de contagio y aplicar las conductas apropiadas de prevención como el lavado de manos, mantener la distancia física, usar mascarillas, o el auto-confinamiento en caso de presentar síntomas.

Es esencial que la información pública sobre políticas, planes de acción y recomendaciones pueda ser entendida, y sin embargo, la investigación sobre alfabetización en salud sugiere que más de un tercio de la población no se puede beneficiar de esa información clave por su falta de accesibilidad, comprensibilidad o aplicabilidad de los mensajes de salud pública.

Bajo esta perspectiva, las medidas propuestas por el grupo de trabajo de atención centrada en la persona, se han modificado para resaltar los aspectos relacionados con la accesibilidad y comprensibilidad de la información y potenciar los recursos disponibles de salud digital, y se han incluido dos medidas, que aún recogidas de forma implícita en el trabajo previo, se pueden considerar como nuevas para esta versión actualizada.



5. Integración Sociosanitaria

INTRODUCCIÓN

Si miramos un poco hacia atrás, comprobaremos como se paralizaron estrategias de dependencia y otras iniciativas en el ámbito de los Servicios Sociales que, independientemente de su orientación política, suponían un impulso al sector. En los servicios de salud la fijación obsesiva y exclusiva en la “optimización”, con recortes en presupuestos y en incentivos profesionales llevaron, en el mejor de los casos, a una atención fría y despersonalizada, más centrada en la contención de costes que en los enfermos. Afectaron a la vez a ambos mundos la ralentización de las incipientes estrategias de integración de lo social y lo sanitario quedaron muchas de ellas en un mero cambio de nomenclatura de los departamentos y otras, en preciosos documentos que hoy duermen en las estanterías, bien porque no había presupuesto, porque no se plantearon desde una perspectiva de viabilidad, porque no había voluntad real de llevarlos a cabo o, lo que es más probable, por una combinación de las tres.

La Pandemia COVID-19 ha puesto de manifiesto de forma descarnada los errores y omisiones cometidos, persisten las dificultades de coordinación, de forma especialmente grave en los servicios de atención residencial para personas mayores, en muchas ocasiones con diversas pluripatologías y situaciones de alta dependencia, que han requerido un esfuerzo de ambos sistemas, que en muchas ocasiones ha llegado de forma tardía e “irremediable” como consecuencia de esa falta de coordinación.

Defendemos en nuestro grupo de trabajo la persistencia de ambos sectores, cada uno con sus especificidades, pero plenamente coordinados en sus actuaciones. La única forma de abordar este reto es centrar los servicios en la persona mediante procesos de integración asistencial. Dada la confusión imperante en este ámbito, nos hemos permitido generar un glosario de términos que nos permita hablar a todos el mismo lenguaje al menos en el marco del presente documento.

La pandemia nos ha puesto aún más de manifiesto que es necesario disponer de un sistema de atención integrada para personas con altas necesidades sociales y sanitarias capaz de proporcionar una temprana respuesta y una atención de calidad en cualquier circunstancia. Por eso, este sistema integrado tiene que responder de forma adecuada, adelantándose no solo a las dificultades ordinarias, sino también a las extraordinarias.

MEDIDAS 2017

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

MEDIDAS 2020

37	Fomentar una verdadera integración sociosanitaria; que el Sistema de Servicios Sociales participe en la gestión del paciente social en el entorno sanitario y viceversa.
38	Planificar la necesidad de camas de cuidados medios sociosanitarios y concertación de las mismas integrándolas en la red de uso público.
39	Planificar la necesidad de cuidados sociosanitarios no presenciales y ambulatorios en régimen domiciliario, hospital de día o de consulta ambulatoria con garantías de seguridad y efectividad.
40	Planes para cuidar al cuidador estableciendo ayudas al descanso y apoyo al cuidador principal de pacientes sociosanitarios dependientes. En necesario conminar a las empresas a que sus planes de teletrabajo y conciliación incluyan la conciliación de cuidados con personas dependientes.
41	Desarrollo de foros de encuentro de profesionales sociosanitarios fomentando el conocimiento mutuo y el trabajo en equipo. Estos foros tienen que tener objetivos claros que permitan que realmente sean operativos
42	Rotaciones cruzadas de profesionales de servicios sociales y sanitarios en ámbitos distintos a los suyos, donde puedan aprender y compartir habilidades que lleven a la coordinación y/o integración. Estas rotaciones han de tener un objetivos claros que permitan que sean realmente operativas
43	Asignación de un interlocutor único en cada centro de salud para cada residencia que coordine los profesionales que presten atención en la misma.
44	Equipos sanitarios de residencias con capacidad de prescribir/recetar
45	Desarrollo de un Plan Estratégico Sociosanitario a nivel global liderado por un Ministerio Unificado de Sanidad y Asuntos Sociales, o bien, si están separados por ambos. Así mismo este desarrollo de planes estratégicos ha de hacerse a nivel de comunidades autónomas.
46	Historia sociosanitaria integrada informatizada, no solo clínica y sanitaria sino también social.
47	Humanizar la asistencia sociosanitaria mediante planes operativos que incluyan incentivos a la mejora de indicadores de humanización, especialmente en situaciones de restricción de contacto social y de personas vulnerables.
48	En los planes de estudio de pregrado y de posgrado de las profesiones sociosanitarias debe haber un desarrollo específico de las competencias de comunicación presencial y no presencial, y humanización y estas competencias han de ser evaluadas.
49	Introducir la figura de la gestión de casos para la mejora de la atención sociosanitaria.
50	Desarrollar procesos de vigilancia epidemiológica e intervención de salud pública en establecimientos residenciales que permitan garantizar la seguridad de la atención en las mismas o la rápida intervención en caso de necesidad.

JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
37	Fomentar una verdadera integración sociosanitaria; que el Sistema de Servicios Sociales participe en la gestión del paciente social en el entorno sanitario y viceversa.	Se podría implantar la existencia de Gerencias Sociosanitarias de Área.
38	Planificar la necesidad de camas de cuidados medios sociosanitarios y concertación de las mismas integrándolas en la red de uso público .	Si bien durante la epidemia no se ha producido dicha integración si se han puesto más de manifiesto las dificultades de la ausencia de dicha. Los hospitales han sido más necesarios que nunca como centros de tratamiento de agudos y ha sido necesario buscar alternativas (hospitales de campaña, centros privados, etc.) para acoger a pacientes mayores con una gran carga de cuidados pero no con claras necesidades sanitarias que no podían ser acogidos en las residencias.
39	Planificar la necesidad de cuidados sociosanitarios no presenciales y ambulatorios en régimen domiciliario, hospital de día o de consulta ambulatoria con garantías de seguridad y efectividad.	Durante esta pandemia se ha puesto de manifiesto la necesidad de evitar desplazamientos a los pacientes y de fomentar la atención domiciliaria de calidad y segura, se ha avanzado en este aspecto en la atención sanitaria (aunque haya habido déficits). Sin embargo, ha supuesto una gran merma en la prestación de cuidados sociosanitarios (por ejemplo, terapia ocupacional a pacientes con Alzheimer).

40	<p>Planes para cuidar al cuidador estableciendo ayudas al descanso y apoyo al cuidador principal de pacientes sociosanitarios dependientes. En necesario conminar a las empresas a que sus planes de teletrabajo y conciliación incluyan la conciliación de cuidados con personas dependientes.</p>	<p>El confinamiento ha supuesto una ausencia de apoyo para cuidadores con el cierre por ejemplo de centros de día, etc. sumado al estrés del teletrabajo y de la conciliación con los menores en casa. El teletrabajo ha venido para quedarse con lo que se sumará un estrés nuevo a las mujeres (que son quienes principalmente asumen los cuidados de las personas mayores en el hogar), por lo que se hacen más necesarias políticas de conciliación no solo con los niños sino también con las personas dependientes.</p>
41	<p>Desarrollo de foros de encuentro de profesionales sociosanitarios fomentando el conocimiento mutuo y el trabajo en equipo. Estos foros tienen que tener objetivo claros que permitan que realmente sean operativos</p>	<p>La intervención de las residencias de mayores ha supuesto un punto de encuentro forzoso entre profesionales del mundo sanitario y el social que ha permitido aproximar las necesidades de ambos mundos y compartir protocolos y formas de actuar. Es necesario profundizar en esta medida con planes operativos que cuenten con objetivos comunes claramente definidos.</p>
42	<p>Rotaciones cruzadas de profesionales de servicios sociales y sanitarios en ámbitos distintos a los suyos, donde puedan aprender y compartir habilidades que lleven a la coordinación y/o integración. Estas rotaciones han de tener un objetivos claros que permitan que sean realmente operativas.</p>	<p>El papel protagonista de enfermería en este ámbito es un aspecto a desarrollar, al igual que en el resto de la atención domiciliaria. También es útil que un médico del centro de salud asuma todo el cupo de una residencia</p>
43	<p>Asignación de un interlocutor único en cada centro de salud para cada residencia que coordine los profesionales que presten atención en la misma.</p>	<p>Médicos y de enfermería.</p>
44	<p>Equipos sanitarios de residencias con capacidad de prescribir/recetar</p>	<p>Las diferencias a nivel de comunidades autónomas han puesto de manifiesto la necesidad de dicha planificación estratégica no solo a nivel estatal sino también a nivel de Comunidad Autónoma</p>
45	<p>Desarrollo de un Plan Estratégico Sociosanitario a nivel global liderado por un Ministerio Unificado de Sanidad y Asuntos Sociales, o bien, si están separados por ambos. Así mismo este desarrollo de planes estratégicos ha de hacerse a nivel de comunidades autónomas.</p>	<p>Fundamental no solo en el modelo de atención "presencial" sino más importante todavía en la atención telefónica y otras formas no presenciales que han venido para quedarse.</p>
46	<p>Historia sociosanitaria integrada informatizada, no solo clínica y sanitaria sino también social.</p>	

47	Humanizar la asistencia sociosanitaria mediante planes operativos que incluyan incentivos a la mejora de indicadores de humanización, especialmente en situaciones de restricción de contacto social y de personas vulnerables.	Uno de los mayores fracasos de esta crisis sanitaria ha sido precisamente la deshumanización de la atención sanitaria y social en aras a la seguridad dando lugar a imágenes tan descarnadas como la muerte en soledad de personas mayores, la ausencia de comunicación con las familias, etc. Se hace por tanto necesario desarrollar planes de atención segura que recojan medidas orientadas a mejorar la experiencia de pacientes y familiares y cubran, sin mermar la seguridad, las necesidades afectivas y sociales de las personas ingresadas en centros sanitarios y/o sociales.
48	En los planes de estudio de pregrado y de posgrado de las profesiones sociosanitarias debe haber un desarrollo específico de las competencias de comunicación presencial y no presencial, y humanización y estas competencias han de ser evaluadas.	El cambio de formato relacional hacia sistemas no presenciales (atención por videollamada, telefónica, etc.) va a hacer más necesario aún mejorar las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios para tratar con pacientes institucionalizados o no.
49	Potenciar la figura de la gestión de casos para la mejora de la atención sociosanitaria.	La gestión de casos es básica para abordar los problemas sociosanitarios y en ella debe implicarse el equipo de enfermería con trabajo social.
50	Desarrollar procesos de vigilancia epidemiológica e intervención de salud pública en establecimientos residenciales que permitan garantizar la seguridad de la atención en las mismas o la rápida intervención en caso de necesidad.	Si algo ha puesto de manifiesto esta crisis es que las residencias de personas mayores no son solo un "domicilio" si no que son un centro de convivencia donde las posibilidades de brotes infecciosos son altas y donde la necesidad de establecer protocolos que garanticen la seguridad de residentes y profesionales también es alta. Es necesario establecer sistemas de vigilancia epidemiológica estrechos para patógenos como el SARS-CoV-2, gripe u otros.

CONCLUSIONES

La clave está en fomentar una verdadera integración sociosanitaria; que el Sistema de Servicios Sociales participe en la gestión del paciente social en el entorno sanitario y viceversa, teniendo como base el desarrollo de un Plan Estratégico Nacional dirigido por el Ministerio y concretado en proyectos en cada Comunidad Autónoma.

Promover la creación de camas de cuidados medios sociales y sanitarios, potenciar y planificar cuidados no residenciales (domicilio, centros de días...), integrar plenamente los recursos privados en el modelo y habilitar foros de encuentro y rotaciones cruzadas de los profesionales de ambos sectores. Definir un interlocutor de referencia (compartido por todos) en cada centro que participe en el modelo de atención.

Desarrollar procesos de vigilancia epidemiológica e intervención de salud pública en establecimientos residenciales que permitan garantizar la seguridad de la atención en las mismas o la rápida intervención en caso de necesidad.

Cuidar al cuidador que, junto a los profesionales, que han demostrado mayor entrega y compromiso que las propias administraciones.



6. Organizativas y Atención al Domicilio

INTRODUCCIÓN

La situación actual de crisis sanitaria ha posicionado al sistema en una situación de elevado estrés. Los mecanismos actuales de respuesta, en ocasiones se han visto desbordados y en otros se han debido redimensionar de manera muy significativa. Esta situación nos ha enseñado la importancia de abordar los problemas desde nuevas perspectivas innovadoras para conseguir el éxito.

Las necesidades de la población están cambiando, las patologías crónicas cada vez son más prevalentes y se proyectan más en el tiempo. Durante años llevamos trabajando en base a estructuras rígidas que, ante la situación actual, se han evidenciado, todavía más, sujetas a la necesidad de volverse más maleables. Durante el confinamiento hemos observado como **el domicilio es algo más que una estructura física**, llegando incluso a comprenderlo como una **unidad de salud pública**. Además, hemos visto como muchos procesos, que hasta ahora se realizaban de manera hospitalaria, se han ambulatorizado, e incluso trasladado al domicilio, algo hasta ahora difícilmente trasladable.

Necesitamos valorar todas las experiencias de éxito, que se han desarrollado durante esta crisis sanitaria, observar las que no han aportado valor e identificar lo que se debería haber puesto en marcha. Toda esta reflexión, permitirá analizar los modelos actuales de éxito para democratizar el conocimiento y, de esta manera, compartir todas aquellas iniciativas que permitan que incorporemos una **práctica basada en valor en el domicilio**: experiencia de las personas, valor y eficiencia. Devolver al paciente al centro del sistema y acompañarle durante su proceso vital de salud-enfermedad, dimensionando la respuesta al tamaño de la necesidad. Incorporar el éxito y desinvertir en lo que no aporta resultados en salud, para reinvertir en lo que sí lo hace. Trasladar una atención centrada en lo agudo y ubicada en los hospitales hacia una visión integral del ciudadano en su medio habitual

Todavía no conocemos el impacto de la pandemia sobre la cronicidad y la dependencia, pero se estima que las secuelas de la infección por COVID-19 podrían aumentar considerablemente el número de personas con enfermedades crónicas en las franjas etarias distintas a las que existían hasta ahora.

MEDIDAS 2017

56	Desarrollo de organizaciones sanitarias líquidas que interactúan con el entorno social, los pacientes y los ciudadanos.
57	Definir una cartera de servicios común, con un mapa geográfico social y sanitario idéntico, e integrando en ella la atención domiciliaria.
58	Invertir en procesos que mejoren el nivel de ambulatorización y las rutas asistenciales como estrategias a potenciar.
59	Establecer estándares de atención centrada en la persona y mejorarlos a través del benchmarking.
60	Potenciar la enfermería como figura estratégica en este nuevo cambio de paradigma asistencial estableciéndose nuevos roles y rediseñando competencias.
61	Implementar las especialidades de enfermería.
62	Potenciar la enfermera de práctica avanzada en gestión de casos.
63	Establecer un cambio de rol en la consulta de Atención Primaria hacia la proactividad en lugar de la demanda.
64	Rediseño de agendas de Atención Primaria para incluir la atención domiciliaria como herramienta dentro de la estrategia de la atención a la cronicidad, como eje fundamental que permita anticipar riesgos y mejorar en salud.
65	Realizar unas intervenciones educativas y formativas en los profesionales para conseguir una adecuada sensibilización, formación y liderazgo clínico ante las nuevas necesidades de salud de la población relacionadas con la cronicidad, los cuidados, la comunicación, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
66	Desarrollo de la gestión clínica con criterios consensuados a nivel nacional para un mayor empoderamiento de los profesionales.

MEDIDAS 2020

51	Desarrollo de organizaciones sanitarias líquidas que interactúan con el entorno social, los pacientes y los ciudadanos.
52	Consolidar y ampliar una atención domiciliaria integrada centrada en la persona; en sus necesidades y expectativas.
53	Ampliar el ámbito de actuación de la atención domiciliaria en función de las diferentes modalidades de domicilio.
54	Proporcionar las herramientas que garanticen el cumplimiento de las decisiones de los ciudadanos respecto al deseo de ser atendidos a domicilio, en cualquier momento del continuo asistencial (prevención, promoción, asistencia sanitaria, rehabilitación o final de la vida, fomentando la muerte digna en domicilio).
55	Adecuar los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar la atención en el domicilio. Universalizar la hospitalización a domicilio y los cuidados paliativos a domicilio.
56	Garantizar la excelencia en la atención domiciliaria a través de la provisión de los puestos en AP mediante enfermeras especialistas en AFyC.
57	Potenciar la figura de la enfermera gestora de casos en Atención Domiciliaria.
58	Sistematizar la atención domiciliaria de manera proactiva incluyendo promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento de los procesos, etc.
59	Garantizar la formación de los profesionales para alcanzar las competencias necesarias para la atención domiciliaria mediante el diseño de un mapa competencial y su desarrollo mediante un itinerario formativo.

JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
51	Desarrollo de organizaciones sanitarias líquidas que interactúan con el entorno social, los pacientes y los ciudadanos.	La transformación desde una estructura clásica y compartimentalizada hacia un sistema transversal donde toda la información fluye, a través de la última tecnología, donde no hay barreras y el ciudadano accede a toda la información de manera transparente. Esta medida implica una transformación organizativa para trasladar las instituciones fuera de las estructuras establecidas, dando cobertura a toda la comunidad y al domicilio.
52	Consolidar y ampliar una atención domiciliaria integrada centrada en la persona; en sus necesidades y expectativas.	Consolidar un modelo que oriente los resultados de la atención a partir de los deseos y expectativas de la persona, posicionando el domicilio y a la familia, como la unidad funcional de la atención.
53	Ampliar el ámbito de actuación de la atención domiciliaria en función de las diferentes modalidades de domicilio.	Adaptar la atención domiciliaria a los distintos ámbitos domiciliarios: residencias, hoteles, albergues, hogares, viviendas tuteladas, aeropuertos, centros monográficos. Transversalizar la atención independientemente de la titularidad del inmueble donde se encuentre el domicilio de la persona, ya sea con carácter temporal o definitivo.
54	Proporcionar las herramientas que garanticen el cumplimiento de las decisiones de los ciudadanos respecto al deseo de ser atendidos a domicilio, en cualquier momento del continuo asistencial (prevención, promoción, asistencia sanitaria, rehabilitación o final de la vida, fomentando la muerte digna en domicilio).	Establecer mecanismos formales de garantía y los recursos necesarios para garantizar el cumplimiento de sus decisiones en cualquier momento del continuo asistencial (prevención, promoción, asistencia sanitaria, rehabilitación o final de la vida), respecto al domicilio.
55	Adecuar los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar la atención en el domicilio. Universalizar la hospitalización a domicilio y los cuidados paliativos a domicilio.	Creación de las estructuras para poder dar cumplimiento a la transformación de la atención a domicilio, potenciando una inversión de recursos humanos y materiales, asociados a resultados en domicilio.

56	Garantizar la excelencia en la atención domiciliaria a través de la provisión de los puestos en AP mediante enfermeras especialistas en AFyC.	Reconversión de las plazas de enfermeras generalistas en AP, transformándolas en plazas de enfermera especialista en AFyC, garantizando así un nivel competencial de excelencia
57	Potenciar la figura de la enfermera gestora de casos en Atención Domiciliaria.	Establecer la gestión de casos como mecanismo vertebrador de todo proceso asistencial que incluya el domicilio.
58	Sistematizar la atención domiciliaria de manera proactiva incluyendo promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento de los procesos, etc.	Transformar el modelo de atención domiciliaria hacia un modelo proactivo y no reactivo, en el que se potencie la atención programada desinvertiendo en sistemas que se basan, exclusivamente, en modelos de atención a la demanda.
59	Garantizar la formación de los profesionales para alcanzar las competencias necesarias para la atención domiciliaria mediante el diseño de un mapa competencial y su desarrollo mediante un itinerario formativo.	Formación reglada basada en excelencia y evidencia. Establecimiento de un itinerario formativo para desarrollar las competencias de ese plan.

CONCLUSIONES

Todas estas medidas van encaminadas a mejorar la atención que prestamos a nuestros ciudadanos en el domicilio o cualquiera que sea su lugar de residencia. Tener en cuenta las necesidades de la persona y de su entorno, orienta las actuaciones en la atención domiciliaria. La transformación desde un modelo clásico de atención domiciliaria hacia uno proactivo centrado en la persona, aporta valor en la medida que mejora los resultados y optimiza el uso de los recursos.

Es imprescindible contar con los profesionales mejor formados en los conocimientos y en las competencias clave para una atención domiciliaria de excelencia, centrada en la persona.

7. Evaluación y Benchmarking

INTRODUCCIÓN

Las tecnologías sanitarias, en sus distintas formas y modalidades, se han posicionado como herramientas útiles y eficaces durante la gestión de la pandemia por COVID-19. La rápida evaluación de los distintos medicamentos, productos sanitarios y equipos de protección individual, así como de sus diferentes indicaciones y aplicaciones, por parte de las Agencias de Evaluación, ha sido fundamental durante toda la crisis sanitaria.

La Evaluación Exhaustiva de las Tecnologías Sanitarias debe constituir una pieza clave para mantener una adecuada calidad asistencial, tanto en momentos de crisis de salud pública, como en periodos de mayor estabilidad. Esta crisis ha hecho patente la necesidad de contar con la mayor evidencia científica posible sobre la efectividad y seguridad, para pacientes y profesionales, de las distintas tecnologías disponibles, ya sean de reciente aparición o de existencia previa.

A su vez, la pandemia de COVID-19 ha destacado la urgente necesidad de impulsar Sistemas de Información que permitan la comparabilidad e integración de los datos sanitarios procedentes de los distintos territorios la geografía española. Esto facilitaría una coordinación eficiente de alertas de salud pública, permitiendo prevenir o controlar posibles crisis sanitarias, así como posibilitando el **desarrollo de un sistema de benchmarking nacional con un adecuado seguimiento de Resultados en Salud.**

Por ello, es necesario revisar y plantear medidas que proporcionen una mayor coordinación y priorización por parte de las Agencias de Evaluación, así como sistemas de Benchmarking que faciliten la comparabilidad de Resultados en Salud.

MEDIDAS 2017

11	Centralización o coordinación estricta de las agencias de evaluación sanitaria diseminadas para hacer una priorización de las evaluaciones a realizar y un Plan Estratégico Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
12	Disponibilidad de los resultados de la evaluación de tecnologías sanitarias de manera fácil e integrada para el clínico en la historia clínica electrónica.
13	Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica (medicina basada en pruebas o evidencia, por ejemplo, la base de datos Cochrane) accesible fácilmente por el clínico a través de la historia clínica electrónica.
14	La Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias debería hacer realmente las veces del NICE, y sus informes debieran ser vinculantes, y en dicha evaluación debe participar personal sanitario, expertos, sociedades científicas e incluso pacientes. Este dictamen vinculante ha de evitar las re-evaluaciones de los diferentes niveles (nacional-autonómico y local). Debe ser preceptiva a la autorización y difusión de la tecnología, estableciéndose reglas claras y explícitas.
15	Uso de indicadores con enfoque triple meta en los sistemas de información, gestión clínica vinculada a resultados. Se pueden asignar presupuestos de acuerdo a una política de recursos humanos que esté ligada a resultados (esto puede llevar a la desfuncionarización). Se puede disponer de indicadores precisos y válidos que faciliten la comparación entre los centros (por ejemplo, indicadores basados en la prescripción o en la implementación práctica de análisis de coste-utilidad
67	Creación de un sistema de benchmarking nacional no solo de CCAAs, (Plan Nacional de Benchmarking) para ello se podrían aprovechar los existentes privados e integrarlos en una estrategia de medición y mejora nacional, y de compartir buenas prácticas (por ejemplo, el proyecto top 20, el best in class, etc.).

MEDIDAS 2020

60	Centralización o coordinación estricta de las agencias de evaluación sanitaria diseminadas para hacer una priorización de las evaluaciones a realizar y un Plan Estratégico Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
61	Disponibilidad de los resultados de la evaluación de tecnologías sanitarias de manera fácil e integrada para el clínico en la historia clínica electrónica.
62	Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica (medicina basada en pruebas o evidencia, por ejemplo, la base de datos Cochrane) accesible fácilmente por el clínico a través de la historia clínica electrónica.
63	La Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias debería hacer realmente las veces del NICE, y sus informes debieran ser vinculantes, y en dicha evaluación debe participar personal sanitario, expertos, sociedades científicas e incluso pacientes. Este dictamen vinculante ha de evitar las re-evaluaciones de los diferentes niveles (nacional-autonómico y local). Debe ser preceptiva a la autorización y difusión de la tecnología, estableciéndose reglas claras y explícitas.
64	Uso de indicadores con enfoque triple meta en los sistemas de información, gestión clínica vinculada a resultados. Se pueden asignar presupuestos de acuerdo a una política de recursos humanos que esté ligada a resultados. Se puede disponer de indicadores precisos y válidos que faciliten la comparación entre los centros (por ejemplo, indicadores basados en la prescripción o en la implementación práctica de análisis de coste-utilidad).
65	Creación de un sistema de benchmarking nacional no solo de CCAAs, (Plan Nacional de Benchmarking).
66	Implantación de un “Observatorio de Evolución de Epidemias y Pandemias”.
67	Evaluación del Impacto Económico en Sanidad de Epidemias y Pandemias, y también de determinados factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, etc.

JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
60	Centralización o coordinación estricta de las agencias de evaluación sanitaria diseminadas para hacer una priorización de las evaluaciones a realizar y un Plan Estratégico Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.	La coordinación de agencias de evaluación constituye una medida de gran utilidad para abordar y priorizar objetivos comunes durante crisis sanitarias y para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica en periodos de estabilidad.
61	Disponibilidad de los resultados de la evaluación de tecnologías sanitarias de manera fácil e integrada para el clínico en la historia clínica electrónica.	La integración en la historia clínica constituye un reto ambicioso, pues aún no existe una plataforma central de evaluación de fácil acceso para el profesional sanitario.
62	Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica (medicina basada en pruebas o evidencia, por ejemplo, la base de datos Cochrane) accesible fácilmente por el clínico a través de la historia clínica electrónica	La accesibilidad a la última evidencia científica es necesaria para la resolución de dudas clínicas que aumente la calidad asistencial proporcionada. Diversas plataformas constituyen herramientas útiles en función de la necesidad del profesional.
63	La Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias debería hacer realmente las veces del NICE, y sus informes debieran ser vinculantes, y en dicha evaluación debe participar personal sanitario, expertos, sociedades científicas e incluso pacientes. Este dictamen vinculante ha de evitar las re-evaluaciones de los diferentes niveles (nacional-autonómico y local). Debe ser preceptiva a la autorización y difusión de la tecnología, estableciéndose reglas claras y explícitas.	Con ello, se conseguiría reducir la variabilidad injustificada de la práctica clínica a nivel nacional, disminuyendo las diferencias en el servicio sanitario recibido a lo largo del territorio. El carácter vinculante disminuiría la toma de decisiones sanitarias basadas en bajos niveles de evidencia científica y las revisiones de los informes deberán ser efectuadas por la propia Red de Agencias cuando exista nueva evidencia disponible.
64	Uso de indicadores con enfoque triple meta en los sistemas de información, gestión clínica vinculada a resultados. Se pueden asignar presupuestos de acuerdo a una política de recursos humanos que esté ligada a resultados. Se puede disponer de indicadores precisos y válidos que faciliten la comparación entre los centros (por ejemplo, indicadores basados en la prescripción o en la implementación práctica de análisis de coste-utilidad).	Esta medida resulta pertinente en periodo post- COVID-19, por lo que se decide mantener.

65

Creación de un sistema de benchmarking nacional no solo de CCAAs, (Plan Nacional de Benchmarking).

Para ello se podrían aprovechar los existentes privados e integrarlos en una estrategia de medición y mejora nacional, y de compartir buenas prácticas (por ejemplo, el proyecto top 20, el best in class, etc.). Además deben incluirse nuevos indicadores comparativos de la actividad realizada durante el año 2019 y comparación de lo realizado durante el 2020 para evaluar los “efectos colaterales de la pandemia” (ejemplo de análisis de la mortalidad y de las complicaciones de los procesos que se han demorado o dejado de atender por la emergencia sanitaria causada por la pandemia COVID-19) y todos los actos sanitarios que se han dejado de realizar o pospuesto (demoras y esperas de IQ, pruebas diagnósticas, consultas, etc.). Especial énfasis ha de tenerse en la comparación de los procesos de hospitalización por COVID-19 donde se midan las Estancias Medias, mortalidad, complicaciones, estancias en UCI, etc. por centro hospitalario.

66

Implantación de un “Observatorio de Evolución de Epidemias y Pandemias”

A modo de plataforma nacional, este observatorio debe integrar los resultados del Sector Público y de la Sanidad Privada en el que se incluyan casos de pacientes confirmados, pacientes sospechosos en seguimiento. Asimismo, deben encontrarse no solo datos de pacientes hospitalizados sino datos del sector social, sociosanitario y de Atención Primaria. Esta plataforma debe tener la trazabilidad suficiente para poder visualizar los datos a nivel Comunidad Autónoma e incluso llegar a nivel hospital o Área de Salud, y debe ser el repositorio único de información de Comunidades Autónomas y Centros sanitarios para evitar la discordancia de datos entre comunidades y Ministerio. Debe ser accesible para profesionales sanitarios y población general.

Evaluación del Impacto Económico en Sanidad de Epidemias y Pandemias, y también de determinados factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, etc.

Análisis exhaustivo del impacto económico en el sector salud de los riesgos para la salud más importantes donde se ponga de manifiesto el gasto extraordinario generado por epidemias y pandemias, y factores de riesgo clave, y su desglose y comparación por centros asistenciales y Comunidades Autónomas.

CONCLUSIONES

La situación vivida durante la crisis sanitaria ha demostrado la importancia de tener una red coordinada o centralizada de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, con una estructura sólida de priorización, capaz de adaptarse a las nuevas necesidades del sistema y que emita informes vinculantes a nivel nacional.

Los informes emitidos en este ámbito deben ser fácilmente accesibles por profesionales sanitarios desde la historia clínica electrónica y deben proporcionar información de calidad para la gestión clínica. Con ello, se promoverá la toma de decisiones basada en la última evidencia científica, trasladando los resultados de las últimas investigaciones a la práctica clínica real.

El benchmarking se posiciona como una herramienta útil para realizar un seguimiento de Resultados en Salud y fomentar la mejora continua de la calidad asistencial. Para ello, es necesaria una adecuada comparabilidad e integración de datos sanitarios, que debe sustentarse sobre potentes Sistemas de Información.

Estas medidas tendrían plena vigencia en la época postCOVID-19, favoreciendo la continua mejora de la calidad asistencial, facilitando la gestión clínica del profesional sanitario y constituyendo un refuerzo necesario para la rápida adaptación del Sistema Sanitario a posibles crisis de salud pública.



8. Seguridad paciente y Salud del profesional sanitario

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un reto sin precedentes que la sociedad y el Sistema Sanitario han tenido que abordar de manera conjunta. Los diferentes niveles asistenciales y organizativos han tenido que ajustarse, de forma casi inmediata, a unas nuevas necesidades poblacionales difícilmente previsibles, y que han puesto a prueba la capacidad de adaptación del Sistema Sanitario y de sus profesionales.

Algunas de las prácticas y herramientas de Seguridad del Paciente han tenido que adaptarse a la nueva situación de crisis sanitaria, si bien sus principios y bases han mantenido su vigencia y sentido de forma inalterable. Su adecuado cumplimiento y el compromiso de los profesionales en esta materia ha sido un aspecto primordial para continuar ofreciendo una asistencia de calidad aún en las condiciones más difíciles.

El esfuerzo exigido y demostrado por el personal sanitario durante la crisis de salud pública por COVID-19 ha sido excepcional y meritorio. Con ello, se hace imprescindible desarrollar e impulsar medidas dirigidas a mantener y fomentar la Salud del Profesional Sanitario, que contemplen desde la prevención de riesgos laborales hasta la protección de la salud emocional.

Por todo ello, tras la pandemia de COVID-19, y con el objetivo de que tal situación sirva para implantar acciones de mejora en el Sector Salud, se hace necesario revisar las medidas relacionadas con estas áreas, priorizando y destacando aquellas más pertinentes, así como reformulando las que deban adaptarse al nuevo contexto sanitario postCOVID-19.

MEDIDAS 2017

68	Desarrollo e impulso de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente con el benchmarking de indicadores de seguridad a nivel nacional.
69	Compartir a nivel nacional las buenas prácticas en seguridad del paciente que acredite el Ministerio de Sanidad.
70	Aprovechar e integrar iniciativas globales de seguridad desarrolladas a nivel privado para implementarlas a nivel más global contribuyendo al benchmarking de seguridad del paciente a nivel nacional.
71	Potenciar y estandarizar el registro de efectos adversos difundiendo la cultura de seguridad entre todos los profesionales.
72	Desarrollo de escuelas de pacientes en todas las CCAA donde los iguales interactúen y formen a otros pacientes.

MEDIDAS 2020

68	Desarrollo e impulso de la estrategia nacional de seguridad del paciente con el benchmarking de indicadores de seguridad a nivel nacional.
69	Compartir a nivel nacional las buenas prácticas en seguridad del paciente que acredite el Ministerio de Sanidad. Aprovechando e integrando iniciativas de seguridad desarrolladas a nivel privado contribuyendo al benchmarking de seguridad del paciente a nivel nacional
70	Potenciar, estandarizar y fomentar la notificación, registro y análisis de eventos adversos difundiendo la cultura de seguridad entre todos los profesionales.
71	Desarrollo de escuelas de pacientes en todas las CCAA donde los iguales interactúen y formen a otros pacientes.
72	Establecimiento de un Plan estratégico de Humanización en la Gestión Sanitaria.
73	Implantación estrategia de afrontamiento del malestar emocional del profesional relacionado con la atención sanitaria.
74	Implantar Planes de Conciliación Familiar del profesional sanitario.
75	Reforzar y potenciar los servicios de prevención de riesgos laborales.
76	Facilitar el desarrollo del sector industrial para fabricación de equipos de protección individual de forma que no se dependa de otros países o la volatilidad de los mercados.
77	Establecer programa de seguimiento y buenas prácticas en centros sociales, como medida de prevención ante el riesgo de exposición al SARS-Cov-2, y a otros agentes infecciosos mediante sistema de auditoría externa.

JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
68	Desarrollo e impulso de la estrategia nacional de seguridad del paciente con el benchmarking de indicadores de seguridad a nivel nacional.	La existencia y actualización de una Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente es una medida necesaria que constata el compromiso del Sistema Sanitario con la calidad asistencial que ofrece.
69	Compartir a nivel nacional las buenas prácticas en seguridad del paciente que acredite el Ministerio de Sanidad. Aprovechando e integrando iniciativas de seguridad desarrolladas a nivel privado contribuyendo al benchmarking de seguridad del paciente a nivel nacional.	Las buenas prácticas en seguridad del paciente constituyen una herramienta fundamental para la difusión de la Seguridad del Paciente a distintos niveles organizativos de la asistencia sanitaria.
70	Potenciar, estandarizar y fomentar la notificación, registro y análisis de eventos adversos difundiendo la cultura de seguridad entre todos los profesionales.	Esta medida es fundamental. Su mantenimiento es necesario para poder desarrollar sistemas de mejora continua de la calidad asistencial. No obstante, modificamos su anterior redacción. En la nueva incluimos “fomentar”, “notificar” y “analizar” como partes necesarias del proceso y sustituimos “efectos” por eventos, para ser más exactos terminológicamente.
71	Desarrollo de escuelas de pacientes en todas las CCAA donde los iguales interactúen y formen a otros pacientes.	Las interacciones entre pacientes se han demostrado como una herramienta útil para involucrar a los pacientes en su propia seguridad, siendo una medida posiblemente aún más interesante tras la pandemia de COVID-19.

72	Establecimiento de un Plan estratégico de Humanización en la Gestión Sanitaria.	Prevención de factores psicosociales de riesgo desde la humanización en el liderazgo de profesionales en organizaciones sanitarias. Se hace necesario cuidar a los profesionales, incluyendo la humanización en la gestión sanitaria, mediante el liderazgo de los profesionales, empoderando al personal sanitario, con medidas que incluyan los diferentes factores psicosociales del INSST, como son el Tiempo de Trabajo, la Autonomía, la Carga de Trabajo, las Demandas Psicológicas, la Variedad y Contenido del Trabajo, la Participación y Supervisión, el Interés por el Trabajador y Compensación por el trabajo realizado y el Desempeño de Rol.
73	Implantación estrategia de afrontamiento del malestar emocional del profesional relacionado con la atención sanitaria.	Con la finalidad de proteger la salud mental de los profesionales que en ocasiones se ven sometidos a elevadas cargas de trabajo, en ocasiones en situaciones traumáticas con altas demandas emocionales.
74	Implantar Planes de Conciliación Familiar del profesional sanitario.	Especialmente importante en el caso de que ambos progenitores sean personal del sector sanitario o social.
75	Reforzar y potenciar los servicios de prevención de riesgos laborales.	En muchos caso infradotados.
76	Facilitar el desarrollo del sector industrial para fabricación de equipos de protección individual de forma que no se dependa de otros países o la volatilidad de los mercados.	Medida que se muestra necesaria en situaciones de crisis.
77	Establecer programa de seguimiento y buenas prácticas en centros sociales, como medida de prevención ante el riesgo de exposición al SARS-Cov-2, y a otros agentes infecciosos mediante sistema de auditoría externa.	Los centros sociales y residencias de mayores, se han convertido en un importante foco de exposición a SARS-CoV-2, tanto para pacientes como profesionales, se hace imprescindible la dotación a los mismos de los recursos necesarios para una eficaz gestión preventiva de posibles brotes.

CONCLUSIONES

La pandemia de COVID-19 ha constatado la necesidad de que el Sistema Sanitario pueda adaptarse con rapidez a una realidad cambiante y no siempre previsible. No obstante, dimensiones como la Seguridad del Paciente y la Salud del Profesional pueden beneficiarse de medidas útiles y que mejorarían el Sistema Sanitario de forma paralela a sus nuevas necesidades.

Todo Sistema Sanitario que busque proporcionar la mejor calidad asistencial posible debe considerar la Seguridad del Paciente como una dimensión prioritaria e imprescindible. Deben implantarse medidas que aseguren el mantenimiento y la difusión de las buenas prácticas, tanto en situaciones de crisis de salud pública como en periodos de mayor estabilidad. Su propio significado coloca a la Seguridad del Paciente como una prioridad que debe adaptarse a las crisis sanitarias, pero no reducirse ni descuidarse.

Los profesionales sanitarios contagiados, que puedan suponer un foco de infección para pacientes o compañeros de trabajo, deben cumplir adecuadamente las medidas de prevención aconsejadas por las Autoridades Sanitarias. El personal sanitario debe disponer de herramientas que le permitan anticipar y combatir los síntomas del estrés laboral, para así asegurar su bienestar y minimizar el riesgo de cansancio o de distracciones que puedan suponer un riesgo para la Seguridad del Paciente.

Las medidas propuestas por el grupo de trabajo mantienen su vigencia e importancia en la época postCOVID-19, a la vez que proporcionan solidez y recursos para que el Sistema Sanitario pueda adaptarse a crisis de salud pública de distinta índole.

9. Capital Humano e Incentivación Profesional

INTRODUCCIÓN

Las personas son la parte fundamental del modelo, y en esta época de crisis se ha podido comprobar este hecho. Las organizaciones sanitarias tienen como responsabilidad generar entornos adecuados de trabajo, caracterizados por buenas condiciones laborales, un clima emocional positivo y que favorezca el trabajo en equipo y un modelo retributivo y de desarrollo profesional que permita motivar al profesional.

Las medidas propuestas van precisamente en esa línea. Uno de los puntos esenciales es el liderazgo, ya que la organización y los directivos y gestores deben ser capaces de promover estilos de liderazgo que favorezcan el trabajo. Además se consideran importantes las medidas de incentivación dado que implica un reconocimiento del trabajo así como un entorno de seguimiento y medición de la actividad.

MEDIDAS 2017

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

MEDIDAS 2020

78	Diseño transparente de incentivos en el SNS alineado con la estrategia del mismo.
79	Desarrollo de Incentivos relacionados con objetivos que impliquen un resultado de ganancia neta de salud.
80	Implementar incentivos que supongan una diferenciación retributiva basada en la contribución de cada profesional a los resultados de la organización sanitaria.
81	Promover un clima laboral positivo para los profesionales. Establecer mecanismos de liderazgo participativo por parte de los directivos.
82	Poner en marcha medidas de incentivación no económicas basadas en el establecimiento de estrategias y espacios de participación y co-creación con pacientes y profesionales. Establecimiento de objetivos SMART.
83	El sistema sanitario debe flexibilizarse con una adecuada movilidad de personas, estimulando la meritocracia y la competencia en la asunción de responsabilidades.

JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
78	Diseño transparente de incentivos en el SNS alineado con la estrategia del mismo.	Los incentivos funcionan pero deben de ser justos y variables según esfuerzo.
79	Desarrollo de Incentivos relacionados con objetivos que impliquen un resultado de ganancia neta de salud.	Así se incentiva la ganancia en salud frente a actividades innecesarias o producción que no genera valor salud
80	Implementar incentivos que supongan una diferenciación retributiva basada en la contribución de cada profesional a los resultados de la organización sanitaria.	El mayor grado de implicación con la organización y sus valores y objetivos institucionales debe ser premiado.
81	Promover un clima laboral positivo para los profesionales. Establecer mecanismos de liderazgo participativo por parte de los directivos.	Esencial en época de pandemia, pero en cualquier otra. El clima laboral influye en el cumplimiento de objetivos y el rendimiento.
82	Poner en marcha medidas de incentivación no económicas basadas en el establecimiento de estrategias y espacios de participación y co-creación con pacientes y profesionales. Establecimiento de objetivos SMART.	Los incentivos solo económicos se agotan pronto y se diluye su efecto en poco tiempo. Hay que buscar otros basados en satisfacción con el puesto de trabajo y la tarea.
83	El sistema sanitario debe flexibilizarse con una adecuada movilidad de personas, estimulando la meritocracia y la competencia en la asunción de responsabilidades.	El acceso a puestos de mandos intermedios y líderes de proyectos y equipos debe basarse en méritos, capacidad e implicación

CONCLUSIONES

Las medidas comentadas se dirigen a mejorar el clima emocional de la organización así como a permitir y promover el desarrollo de los profesionales. La seguridad psicológica es una de las claves tanto para el entorno post-covid como para un modelo sanitario a largo plazo, y quizás sea el objetivo principal de todas las organizaciones a partir de ahora.



10. Compras y Gestión

INTRODUCCIÓN

Las situaciones de crisis se caracterizan por la incertidumbre, la toma de decisiones rápidas y la dificultad para generar entornos seguros de gestión y de asistencia. La pandemia de COVID-19 ha demostrado los grandes problemas que se generan a la hora de realizar los procedimientos de compra y logística, principalmente para la compra de equipos de protección y tecnología sanitaria.

Las medidas propuestas en este apartado tienen un doble objetivo: por un lado, **asegurar que los procesos asociados a las compras y la logística puedan garantizar un aprovisionamiento seguro, efectivo** y a tiempo en casos de crisis, y por otro lado, incorporar entornos innovadores de gestión y compras para un nuevo sistema sanitario.

Se trata de medidas que a largo plazo pueden ayudar a las organizaciones a ser más eficientes, más efectivas y también más limpias, dado que la **responsabilidad social y el medio ambiente** son ejes de algunas de las propuestas que se hacen.

MEDIDAS 2017

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

MEDIDAS 2020

84	Seguir avanzando en la estrategia de compras centralizadas para mejorar los precios por volumen.
85	Crear protocolos de compras para casos de emergencia a nivel SNS y por cada servicio de salud.
86	Desarrollar grupos de trabajo para compras centralizadas de tecnología y prótesis para poder obtener de manera consensuada la mejor tecnología al mejor precio.
87	Hay que definir la innovación que aporta valor bajo criterios consensuados y que se está dispuesto a pagar por ella, en términos dinero por año de vida con calidad ganado.
88	Definir y establecer mecanismos de financiación extraordinaria para la innovación con mayor impacto y para los casos de enfermedades raras con tratamientos exclusivos.
89	Desarrollar los mecanismos de compra innovadora ante compras complejas. Establecimiento de nuevas fórmulas de contratación de riesgo compartido de fármacos como el pago por resultados, o el pago poblacional con topes anuales.
90	Desarrollar e implantar planes de eficiencia energética en centros hospitalarios y sanitarios. Promover proyectos como la cogeneración energética.
91	Establecimiento de catálogos de productos y proveedores a nivel estatal. Publicación de datos de compras públicas en formatos reutilizables.
92	Renegociar frecuentemente los contratos con compañías eléctricas para obtener ahorros aprovechando la liberalización del sector. Se podría considerar el sector sanitario público como de especial protección con una tarifa eléctrica más barata.
93	Participar en el proceso de desarrollo de los medicamentos a través de la investigación pública o la colaboración público-privada para obtener beneficios en la compra de los mismos.

JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
84	Seguir avanzando en la estrategia de compras centralizadas para mejorar los precios por volumen.	
85	Crear protocolos de compras para casos de emergencia a nivel SNS y por cada servicio de salud.	Se ha demostrado necesaria la elaboración de protocolos de compra para emergencias, que permitan disponer de proveedores, productos, de manera rápida y ágil.
86	Desarrollar grupos de trabajo para compras centralizadas de tecnología y prótesis para poder obtener de manera consensuada la mejor tecnología al mejor precio.	Medida de sostenibilidad.
87	Hay que definir la innovación que aporta valor bajo criterios consensuados y que se está dispuesto a pagar por ella, en términos dinero por año de vida con calidad ganada.	Medida de sostenibilidad.
88	Definir y establecer mecanismos de financiación extraordinaria para la innovación con mayor impacto y para los casos de enfermedades raras con tratamientos exclusivos.	Se ha modificado sustituyendo "innovación cara" por innovación con mayor impacto".
89	Desarrollar los mecanismos de compra innovadora ante compras complejas. Establecimiento de nuevas fórmulas de contratación de riesgo compartido de fármacos como el pago por resultados, o el pago poblacional con topes anuales.	Se ha modificado sustituyendo "concursos" por "compras".
90	Desarrollar e implantar planes de eficiencia energética en centros hospitalarios y sanitarios. Promover proyectos como la cogeneración energética.	Se ha modificación integrando varias medidas.
91	Establecimiento de catálogos de productos y proveedores a nivel estatal. Publicación de datos de compras públicas en formatos reutilizables.	Permite mejorar la transparencia. Además, la información facilita las compras, la eficiencia y la gestión.
92	Renegociar frecuentemente los contratos con compañías eléctricas para obtener ahorros aprovechando la liberalización del sector. Se podría considerar el sector sanitario público como de especial protección con una tarifa eléctrica más barata.	Importante debido al gran gasto energético de los centros. Esta medida no excluye el intentar que los centros sociosanitarios sean lo más eficientes posibles energéticamente.

93

Participar en el proceso de desarrollo de los medicamentos a través de la investigación pública o la colaboración público-privada para obtener beneficios en la compra de los mismos.

Se he modificado mejorando la redacción para una mejor comprensión de la medida.

CONCLUSIONES

Las prioridades de eficiencia, efectividad, responsabilidad y transparencia son claves para un nuevo modelo sanitario. Además, es importante destacar que las medidas tienen un enfoque a medio y largo plazo, y pueden ser útiles para un entorno inmediato post-covid así como para un rediseño organizativo y asistencial.

10. Buen Gobierno y Transparencia

INTRODUCCIÓN

En los informes previos de la Fundación Economía y Salud realizados por más de 140 expertos con técnicas de consenso se priorizaron las medidas de Buen Gobierno, Buena Gestión y Transparencia en 5º lugar con una ponderación de 15 sobre 20. Es decir quedaron entre las más importantes. Desde entonces la transparencia el buen gobierno ha seguido ganando importancia en la sociedad actual.

Las Recomendaciones del grupo de trabajo 2017 en esta área fueron:

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

Con la crisis del COVID-19 se ha reforzado aún más la necesidad de buen gobierno y transparencia además de haberse convertido en una exigencia de primer orden de la ciudadanía.

MEDIDAS 2017

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

MEDIDAS 2020

	ELIMINADA: Aplicar principios de buen gobierno y transparencia a la gobernanza del sistema sanitario.
94	Los directivos sanitarios deben ser profesionales sanitarios acreditados y nombrados en función de méritos y proyecto, con un baremo regulador y que sus nombramientos y cese dependan de una comisión técnica y profesional y no de políticos.
95	La gestión y planificación sanitaria debe aparecer regulada en la ley de ordenación de las profesiones sanitarias, y regularse como una especialidad sanitaria o al menos un área de capacitación específica. (ACE). Mientras la gestión sanitaria podría regularse a través de diplomas de acreditación o diplomas de acreditación avanzada. Acreditando a los directivos de la salud con itinerarios formativos propios.
96	Conceder autonomía de gestión a los centros sanitarios para poder desarrollar una gestión clínica potente.
	ELIMINADA: Debe de incentivarse los centros de excelencia hospital-industria y/o hospital-atención primaria, así como las cátedras para unidades de gestión clínica o similar.
97	Es necesario medir los resultados en salud de forma continuada y publicarlos en portales de transparencia.
98	Tener el Plan de Salud Actualizado en contingencias frente a Epidemias y Pandemias
99	Tener el Plan estratégico del Servicio de Salud actualizado que debe incluir medidas de cada institución sanitaria para hacer frente a epidemias y otras emergencias sanitarias.
100	Portal de Transparencia en Salud Pública que sea un Portal de información sobre medidas de prevención, datos epidemiológicos, protocolos y resultados en salud.

JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
	ELIMINADA: Aplicar principios de buen gobierno y transparencia a la gobernanza del sistema sanitario.	Es una intención genérica que debe de ir en la introducción. Se elimina como medida concreta
94	Los directivos sanitarios deben ser profesionales sanitarios acreditados y nombrados en función de méritos y proyecto, con un baremo regulador y que sus nombramientos y ceses dependan de una comisión técnica y profesional y no de políticos.	Se amplía y concretiza la medida para añadir cierta separación entre la política y la gestión sanitaria que evite nombramientos y ceses arbitrarios no basados en resultados sino en amistades o ideologías.
95	La gestión y planificación sanitaria debe aparecer regulada en la ley de ordenación de las profesiones sanitarias, y regularse como una especialidad sanitaria o al menos un área de capacitación específica. (ACE). Mientras la gestión sanitaria podría regularse a través de diplomas de acreditación o diplomas de acreditación avanzada. Acreditando a los directivos de la salud con itinerarios formativos propios.	Se ha unificado la medida que era complementaria, modificado, ampliando y concretando la acción.
96	Conceder autonomía de gestión a los centros sanitarios para poder desarrollar una gestión clínica potente.	Se ha actualizado la redacción.
	ELIMINADA: Debe de incentivarse los centros de excelencia hospital-industria y/o hospital-atención primaria, así como las cátedras para unidades de gestión clínica o similar.	Se ha eliminada por no resultar clara y mezclar conceptos.
97	Es necesario medir los resultados en salud de forma continuada y publicarlos en portales de transparencia.	Se ha actualizado la redacción para simplificarla.
98	Tener el Plan de Salud Actualizado en contingencias frente a Epidemias y Pandemias	Nueva medida concreta.
99	Tener el Plan estratégico del Servicio de Salud actualizado que debe incluir medidas de cada institución sanitaria para hacer frente a epidemias y otras emergencias sanitarias.	Nueva medida concreta.
100	Portal de Transparencia en Salud Pública que sea un Portal de información sobre medidas de prevención, datos epidemiológicos, protocolos y resultados en salud.	Nueva medida concreta.

CONCLUSIONES

Las medidas e indicadores propuestos por el grupo de trabajo de buen gobierno y transparencia, se han modificado para resaltar los aspectos relacionados con el acceso a la información en periodos de emergencia sanitaria, y se han incluido medidas e indicadores, que aún recogidas de forma implícita en el trabajo previo, se pueden considerar como nuevas para esta versión actualizada.



Anexo I.

100 MEDIDAS 2020

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
1	Potenciar, difundir e implantar en los Servicios de Salud de las CCAA, la Estrategia “No hacer”	Medida que se despliega en las distintas recomendaciones de las sociedades científicas, basadas en la evidencia, y que contribuyen a aportar valor a la asistencia sanitaria por cuanto evitan intervenciones innecesarias, o que no han demostrado mejora en los resultados, o sin valor añadido, o incluso que pueden comprometer la seguridad del paciente, o elevar innecesariamente el consumo de recursos. De estas recomendaciones procede realizar una priorización pormenorizada adaptada a las necesidades a nivel meso y micro.
2	Detectar, potenciar y replicar las buenas prácticas. Benchmarking	Basada en la detección de intervenciones concretas que han demostrado mejora de los resultados en salud, y, por lo tanto, que aportan valor. La detección de BBPP con criterios comunes adaptados a las necesidades actuales del sistema, así como la replicación de estas BBPP fomentando el aprendizaje mutuo, es uno de los fundamentos operativos de la mejora continua de la asistencia sanitaria.

3	Auditar y evaluar las entradas en lista de espera según criterios clínicos consensuados, para ajustar la indicación.	Esta medida tiene un interés muy específico en la gestión de lista de espera, siendo competencia de micro gestión. En el contexto postCOVID-19 ajustar la indicación será imprescindible para el control de las demoras.
4	Atención sanitaria basada en valor: resultados como base para mejorar la toma de decisiones.	La atención sanitaria debe orientarse hacia resultados en lugar de hacia volumen, de forma que el valor queda definido por los resultados en relación con los recursos utilizados para conseguirlos. Dentro de los resultados deben incluirse la efectividad de las intervenciones y la experiencia del paciente.
5	Disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica.	Es preciso aportar a los profesionales las herramientas que garanticen un apoyo en la práctica clínica por seguridad del paciente, calidad y equidad en la atención, y para proporcionar agilidad y seguridad a los clínicos. También como forma de previsión en gestión. Esta medida es compatible con el margen para la innovación coordinado, soportado y aprobado por la organización.
6	Consolidar la conciliación farmacoterapéutica y favorecer la desprescripción	En la línea de lo anterior, consideramos que el sistema debe proporcionar las herramientas para facilitar y potenciar la conciliación y desprescripción para reducir reacciones adversas, especialmente en personas polimedizadas. Medidas como la difusión de la información, potenciar otro tipo de tratamientos o soportes no farmacológicos y herramientas de ayuda en la toma de decisiones, pueden ser opciones para conseguir esta medida.
7	Disponibilidad de herramientas de ayuda a la prescripción farmacoterapéutica	La mejora de la prescripción farmacológica, pasa por incorporar aquellas herramientas que permitan mejorar los resultados en las personas, normalizar la práctica y apoyar al prescriptor en la toma de decisiones.
	ELIMINADA: Seguir investigando y desarrollando la tecnología de biología sintética.	Siendo evidente el interés de la medida en materia de innovación, no la consideramos relevante en el contexto asistencial postCOVID-19.
8	Redistribución de los recursos asistenciales, en función de las necesidades y la demanda, fomentando los procedimientos de desinversión y reinversión, tras su evaluación.	Esta medida se ha reformulado porque incluía 2 temas diferentes que no deben mezclarse; respecto a la flexibilización del régimen estatutario es imposible modificarla, por lo que resulta inútil apelar a ella y se ha retirado. Sin embargo, la flexibilización se consigue aplicando modelos de gestión clínica que permitan mayor funcionalidad.

9	<p>Estandarizar modelos de atención de referencia y de funcionamiento en red, estableciendo las condiciones mínimas para su implantación y su evaluación continuada.</p>	<p>El texto de la medida mezclaba dos conceptos diferentes, por un lado, la adaptación del tamaño de las plantillas a las áreas y por el otro, las unidades de referencia. Se ha reformulado en torno al modelo de atención de referencia, especialmente en patologías poco frecuentes, o bien porque sea necesaria una dotación específica de recursos y organización.</p>
10	<p>Toma de decisiones compartida como base de la nueva asistencia sanitaria</p>	<p>El paso de la asistencia sanitaria paternalista a la deliberativa-participativa, precisa de la participación de los pacientes y ciudadanía a todos los niveles. En el nivel micro, la participación de la persona (previamente formada e informada) en la toma de las decisiones que afectan a su salud, es esencial como fundamento de la asistencia sanitaria a día de hoy. La participación en la toma de decisiones mejora los resultados en salud en la medida que corresponsabiliza al paciente, a la vez que aporta valor, al tener en cuenta la preferencia de éste para la orientación de los resultados a obtener tras la intervención sanitaria propuesta (cirugía, tratamientos, etc.).</p>
11	<p>Garantizar la continuidad asistencial como base de una atención integrada, coordinada y centrada en el valor.</p>	<p>La experiencia del paciente es inseparable de los resultados obtenidos tras las intervenciones sanitarias, siendo fundamental la percepción de un sistema integrado y continuo, sin fragmentaciones, a lo largo de su proceso e incluso dentro de cada centro asistencial.</p>
12	<p>Flexibilización en la asignación de los recursos humanos en función de las necesidades asistenciales.</p>	<p>Es fundamental que se pueda garantizar la movilidad de los profesionales entre niveles, áreas y ámbitos, particularmente cuando la demanda asistencial lo exige, como es el caso de la pandemia COVID-19.</p>
13	<p>Establecer estándares de atención centrada en la persona.</p>	<p>Orientar los resultados de la asistencia sanitaria partiendo de las necesidades, expectativas y preferencias de la persona enferma y su entorno. Incluye aspectos como: Respeto por los valores, las preferencias y las necesidades, información y capacitación, confort físico y emocional, participación de la familia y amigos y accesibilidad. Estos aspectos, impactan en los resultados en salud individuales y colectivos, y están relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria. En la orientación a resultados de la asistencia sanitaria, es imprescindible a día de hoy establecer criterios que unifiquen la forma de medir aspectos difícilmente cuantificables, que aportan valor por cuanto tienen en cuenta una perspectiva holística de la persona.</p>

14	Disponer de procesos de estratificación poblacional de complejidad para poder usarlos en situaciones de crisis epidemiológica para priorizar la atención.	Deterioro de los procesos de seguimiento de pacientes crónicos estables, posible incremento de reagudizaciones, despriorización del seguimiento hospitalario.
15	Incrementar la intensidad del seguimiento de los procesos por parte de AP e implantar la teleasistencia a tres: (paciente-ámbito hospitalario-atención primaria)	Mejorar el procesos de seguimiento de pacientes crónicos
16	Puntos de acceso a Historia Clínica Digital en todos los centros sociosanitarios.	Resolver los problemas en el tratamiento de la información derivados de las dificultades de interoperabilidad entre el ámbito social y el sanitario.
17	Pleno acceso a los sistemas de información clínica asistencial de los equipos de salud pública comunitarios	Problemas de interoperabilidad entre sistemas de información clínica y sistemas de información de salud pública
18	Rediseñar los procesos de coordinación asistencial para generar una interfase nueva intermedia en la secuencia clásica Primera-Revisión-Alta, que sea un seguimiento de continuidad.	De especial importancia en las patológicas crónicas y el paciente frágil.
19	Diseñar protocolos de crisis que permitan "intervenir" sanitariamente los centros que no presentan capacidad de abordaje sanitario de situaciones de crisis epidemiológica.	Evitar despriorización de la atención a pacientes institucionalizados en centros sociales por una concepción sesgada de que tienen capacidad de abordaje sanitario por encima de la real.
20	Reforzar e implantar los procedimientos de vigilancia epidemiológica centrados en Atención Primaria definiendo los recursos necesarios	Resolver la Insuficiencia de recursos comunitarios (atención primaria y salud pública) para el control, vigilancia y seguimiento de la epidemia
21	Fijación de niveles de capacidad de abordaje sanitario y cumplimiento de estándares de seguridad en centros sociosanitarios, con especial énfasis en el control de brotes de enfermedades transmisibles.	Acreditar y clasificar los centros sociosanitarios en función de su capacidad sanitaria y preventiva.

22	Establecimiento de un estándar de reserva estratégica de material de protección por cada centro, tanto social como sanitario	Prevenir el déficit de material sanitario tanto de protección como asistencial, dificultades de acceso al mercado de productos sanitarios para determinados centros.
23	Modificar el alcance y contenido de la información de cada ciudadano que se comparte entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad con el objeto de disponer de los datos necesarios para una gestión y vigilancia epidemiológica efectivas.	La gestión de situaciones de emergencia requiere disponer de una visión única, integrada, y actualizada de cada caso (ciudadano) frente a datos agregados que no permiten la toma de decisiones.
24	Implantar modelos de captura de la información asistencial y no asistencial basados en tecnologías de registro automáticas (IoT, RFID, ...)	El registro y disponibilidad de la información debe depender lo menos posible del registro humano, garantizando así la calidad de la información y la inmediatez de esta.
25	Homogeneizar los criterios de seguridad y confidencialidad exigibles a los sistemas de información.	Los criterios de seguridad y confidencialidad de la información deben ser comunes a todas las organizaciones sanitarias y alineadas con la realidad y madurez actual de las tecnologías.
26	Establecer canales de comunicación bidireccionales flexibles y seguros entre el proveedor de servicios sanitarios y el paciente y su entorno cercano.	Establecer canales de información bidireccionales entre pacientes y servicios de salud en los distintos puntos del proceso, asistencial y no asistencial, ha demostrado ser uno de los elementos clave e imprescindibles de gestión y coordinación de la crisis
	ELIMINADA: Mejorar la forma de comunicación de los agentes tecnológicos, para generar y dirigir mensajes específicos a la población general, las administraciones y los grupos de inversión, que generen un círculo virtuoso de demanda de tecnología.	La digitalización creciente de la sociedad, junto a la madurez alcanzada por las nuevas tecnologías, define un contexto de demanda creciente de digitalización que se ha visto incrementada aún más si cabe por la crisis asistencial vivida.
27	Implantar servicios digitales no presenciales en todas las actividades de los procesos asistenciales o no asistenciales que no requieran el desplazamiento de los pacientes o este sea evitable.	La prestación de servicios de forma no presencial, asistenciales y no asistenciales, es imprescindible no sólo en un contexto de emergencia sanitaria sino también como elemento vertebrador de un nuevo modelo de asistencia sostenible en el tiempo. La implantación de servicios digitales no presenciales no debe estar ligada a patologías o especialidades concretas, sino al análisis objetivo de cualquier actividad y la evaluación de las alternativas de cómo realizarse de forma remota.
28	Ofrecer a los ciudadanos herramientas de gestión agregada y compartición de su información independientemente del proveedor sanitario (público o privado) en el que se haya generado la información.	Los datos de salud de los ciudadanos se encuentran dispersos entre los diferentes proveedores de salud públicos y privados sin que los pacientes puedan gestionar el uso integrado de su información. El acceso a la información por “silos” debe evolucionar hacia una gestión de la información integrada.

29	<p>Junto al Plan Nacional de Interoperabilidad, es necesario implantar medidas de gobierno y calidad del dato para la consolidación de la información.</p>	<p>Más allá de establecer un modelo de interoperabilidad compartido, del que la situación actual de los sistemas de información impide su implantación en el corto plazo y por tanto resolución del problema en “origen”, las discrepancias en los modelos de obtención y actualización de la información requieren la implantación de un modelo de gobierno y calidad del dato compartido entre los proveedores de servicios sanitarios.</p>
30	<p>Implantar modelos analíticos compartidos (Big data, analítica avanzada, inteligencia artificial, ...) de vigilancia epidemiológica, de capacidad asistencial requerida, y de necesidades logísticas.</p>	<p>A partir de información compartida y común es necesario disponer de indicadores de vigilancia y alerta que permitan una planificación de las necesidades asistenciales y logísticas. Los modelos y su evolución deberán ser compartidos entre las distintas administraciones.</p>
31	<p>Implantar sistemas de información y arquitecturas flexibles y con capacidad de adaptación a las necesidades que puedan surgir.</p>	<p>En un entorno dinámico, como el que ha tenido lugar durante la crisis sanitaria, es imprescindible que las soluciones digitales tengan capacidad de incorporar nuevos procesos y/o modificar los actuales de forma ágil</p>
32	<p>Portal de salud accesible a través de APP para dispositivos móviles, con información válida actualizada y comprensible</p>	<p>Se ha modificado ligeramente la redacción para reforzar la accesibilidad de la información digital</p>
33	<p>Historia de Salud personal interoperable e interactiva (Mochila de salud y bienestar) integrando informes, datos, preferencias y comentarios del usuario, accesible en la nube, de actualización automática en tiempo real y descargable por el usuario</p>	<p>Esta es una de las medidas que tuvo mayor consenso entre el grupo de expertos, y se mantiene tal cual</p>
34	<p><i>Portal de educación y promoción de la salud con recursos adaptados y formatos accesibles para canales de comunicación online (infografías, redes sociales...) Incluye “Píldoras de información” con mapas de recursos asistenciales, consejos de salud, actividades saludables, cursos, alimentación...</i></p>	<p>Combina las medidas 36 y 37 originales para potenciar el concepto de recursos de salud digital en la promoción de la salud</p>
35	<p>Interacción y colaboración entre sector salud y sector educativo para incrementar el nivel de alfabetización en salud <i>Implantar Programas de promoción de la salud en escuelas, institutos y universidades con medición del impacto en el nivel de alfabetización en salud de docentes y estudiantes</i></p>	<p>Medida nueva. Se ha desarrollado a partir de las medidas 40 y 41 originales, ampliando el alcance con el objetivo de aprovechar sinergias con el sector educativo, también en profunda transformación debido a la pandemia, y fortalecer el nivel de alfabetización en salud no solo en las escuelas, si no a lo largo de todo el ciclo educativo.</p>

36	<p>Incorporación de la perspectiva biopsicosocial en las intervenciones clínicas, sobre todo en enfermedad crónica</p> <p><i>Los protocolos clínicos incluyen elementos, recursos y recomendaciones para la salud social, afectiva, emocional, etc.</i></p>	<p>Medida nueva. La pandemia de COVID-19 también ha puesto de manifiesto el gran impacto emocional derivado de la enfermedad y sus consecuencias (como el aislamiento, la cercanía con la muerte o el estigma) no solo para los pacientes, sino también para los profesionales. Esa perspectiva biopsicosocial es una aproximación a los cuidados integrales, la base de una verdadera atención centrada en la persona.</p>
37	<p>Fomentar una verdadera integración sociosanitaria; que el sistema de servicios sociales participe en la gestión del paciente social en el entorno sanitario y viceversa</p>	
38	<p>Planificar la necesidad de camas de cuidados medios sociosanitarios y concertación de las mismas integrándolas en la red de uso público</p>	<p>Si bien durante la epidemia no se ha producido dicha integración si se han puesto más de manifiesto las dificultades de la ausencia de dicha. Los hospitales han sido más necesarios que nunca como centros de tratamiento de agudos y ha sido necesario buscar alternativas (hospitales de campaña, centros privados, etc.) para acoger a pacientes mayores con una gran carga de cuidados pero no con claras necesidades sanitarias que no podían ser acogidos en las residencias.</p>
39	<p>Planificar la necesidad de cuidados sociosanitarios no presenciales y ambulatorios en régimen domiciliario, hospital de día o de consulta ambulatoria con garantías de seguridad y efectividad.</p>	<p>Durante esta pandemia se ha puesto de manifiesto la necesidad de evitar desplazamientos a los pacientes y de fomentar la atención domiciliaria de calidad y segura, se ha avanzado en este aspecto en la atención sanitaria (aunque haya habido déficits). Sin embargo, ha supuesto una gran merma en la prestación de cuidados sociosanitarios (por ejemplo, terapia ocupacional a pacientes con Alzheimer).</p>
40	<p>Planes para cuidar al cuidador estableciendo ayudas al descanso y apoyo al cuidador principal de pacientes sociosanitarios dependientes. En necesario conminar a las empresas a que sus planes de teletrabajo y conciliación incluya la conciliación de cuidados con personas dependientes.</p>	<p>El confinamiento ha supuesto una ausencia de apoyo para cuidadores con el cierre por ejemplo de centros de día, etc. sumado al estrés del teletrabajo y de la conciliación con los menores en casa. El teletrabajo ha venido para quedarse con lo que se sumará un estrés nuevo a las mujeres (que son quienes principalmente asumen los cuidados de las personas mayores en el hogar), por lo que se hacen más necesarias políticas de conciliación no solo con los niños sino también con las personas dependientes.</p>
41	<p>Desarrollo de foros de encuentro de profesionales sociosanitarios fomentando el conocimiento mutuo y el trabajo en equipo. Estos foros tienen que tener objetivos claros que permitan que realmente sean operativos</p>	<p>La intervención de las residencias de mayores ha supuesto un punto de encuentro forzoso entre profesionales del mundo sanitario y el social que ha permitido aproximar las necesidades de ambos mundos y compartir protocolos y formas de actuar. Es necesario profundizar en esta medida con planes operativos que cuenten con objetivos comunes</p>
42	<p>Rotaciones cruzadas de profesionales</p>	<p>claramente definidos.</p>

	de servicios sociales y sanitarios en ámbitos distintos a los suyos, donde puedan aprender y compartir habilidades que lleven a la coordinación y/o integración. Estas rotaciones han de tener un objetivos claros que permitan que sean realmente operativas	
43	Asignación de un interlocutor único en cada centro de salud para cada residencia que coordine los profesionales que presten atención en la misma.	El papel protagonista de enfermería en este ámbito es un aspecto a desarrollar, al igual que en el resto de la atención domiciliaria. También es útil que un médico del centro de salud asuma todo el cupo de una residencia
44	Equipos sanitarios de residencias con capacidad de prescribir/recetar	Médicos y de enfermería.
45	Desarrollo de un Plan Estratégico sociosanitario a nivel global liderado por un Ministerio Unificado de Sanidad y Asuntos Sociales, o bien, si están separados por ambos. Así mismo este desarrollo de planes estratégicos ha de hacerse a nivel de comunidades autónomas.	Las diferencias a nivel de comunidades autónomas han puesto de manifiesto la necesidad de dicha planificación estratégica no solo a nivel estatal sino también a nivel de comunidad autónoma
46	Historia sociosanitaria integrada informatizada, no solo clínica y sanitaria sino también social.	Fundamental no solo en el modelo de atención "presencial" sino más importante todavía en la atención telefónica y otras formas no presenciales que han venido para quedarse.
47	Humanizar la asistencia sociosanitaria mediante planes operativos que incluyan incentivos a la mejora de indicadores de humanización, especialmente en situaciones de restricción de contacto social y de personas vulnerables.	Uno de los mayores fracasos de esta crisis sanitaria ha sido precisamente la deshumanización de la atención sanitaria y social en aras a la seguridad dando lugar a imágenes tan descarnadas como la muerte en soledad de personas mayores, la ausencia de comunicación con las familias, etc. Se hace por tanto necesario desarrollar planes de atención segura que recojan medidas orientadas a mejorar la experiencia de pacientes y familiares y cubran, sin mermar la seguridad, las necesidades afectivas y sociales de las personas ingresadas en centros sanitarios y/o sociales.
48	En los planes de estudio de pregrado y de posgrado de las profesiones sociosanitarias debe haber un desarrollo específico de las competencias de comunicación presencial y no presencial, y humanización y estas competencias han de ser evaluadas.	El cambio de formato relacional hacia sistemas no presenciales (atención por videollamada, telefónica, etc.) va a hacer más necesario aún mejorar las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios para tratar con pacientes institucionalizados o no

49	Introducir la figura de la gestión de casos para la mejora de la atención sociosanitaria	Sin modificación
50	Desarrollar procesos de vigilancia epidemiológica e intervención de salud pública en establecimientos residenciales que permitan garantizar la seguridad de la atención en las mismas o la rápida intervención en caso de necesidad.	Si algo ha puesto de manifiesto esta crisis es que las residencias de personas mayores no son solo un "domicilio" si no que son un centro de convivencia donde las posibilidades de brotes infecciosos son altas y donde la necesidad de establecer protocolos que garanticen la seguridad de residentes y profesionales también es alta. Es necesario establecer sistemas de vigilancia epidemiológica estrechos para patógenos como el SARS-CoV-2, gripe u otros.
51	Desarrollo de organizaciones sanitarias líquidas que interactúan con el entorno social, los pacientes y los ciudadanos.	La transformación desde una estructura clásica y compartimentalizada hacia un sistema transversal donde toda la información fluye, a través de la última tecnología, donde no hay barreras y el ciudadano accede a toda la información de manera transparente. Esta medida implica una transformación organizativa para trasladar las instituciones fuera de las estructuras establecidas, dando cobertura a toda la comunidad y al domicilio.
52	Consolidar y ampliar una atención domiciliaria integrada centrada en la persona, ampliando su ámbito de actuación en función de sus necesidades.	Consolidar un modelo que oriente los resultados de la atención a partir de los deseos y expectativas de la persona, posicionando el domicilio y a la familia, como la unidad funcional de la atención. Adaptarla a las necesidades reales de las personas y a los distintos ámbitos domiciliarios: residencias, hoteles, viviendas tuteladas, albergues, centros de día.
53	Ampliar la oferta de cartera de servicios en el domicilio.	Trasladar determinadas prestaciones o procesos, que se pueden realizar de manera ambulatoria, al domicilio.
54	Proporcionar las herramientas que garanticen el cumplimiento de las decisiones de los ciudadanos respecto al deseo de ser atendidos a domicilio, sobre todo en situaciones paliativas y de final de la vida.	Nueva. Establecer mecanismos de garantía y los recursos necesarios para que los cuidados paliativos y la muerte digna en domicilio sea la opción más usada
55	Adecuar los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar la atención en el domicilio.	Creación de las estructuras para poder dar cumplimiento a la transformación de la atención a domicilio, potenciando una inversión de recursos humanos y materiales, asociados a resultados en domicilio.
56	Garantizar la excelencia en la atención domiciliaria a través de la provisión de los puestos en AP mediante enfermeras especialistas en AFyC.	Reconversión de las plazas de enfermeras generalistas en AP, transformándolas en plazas de enfermera especialista en AFyC, garantizando así un nivel competencial de excelencia
57	Potenciar la figura de la enfermera gestora de casos en Atención Domiciliaria.	Establecer la gestión de casos como mecanismo vertebrador de todo proceso asistencial que incluya el domicilio.

58	Sistematizar la atención domiciliaria de manera proactiva incluyendo promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento de los procesos, etc.	Transformar el modelo de atención domiciliaria hacia un modelo proactivo y no reactivo.
59	Garantizar la formación de los profesionales para alcanzar las competencias necesarias para la atención domiciliaria mediante el diseño de un mapa de competencias basado en la evidencia y excelencia.	Establecimiento de un itinerario formativo para desarrollar las competencias de ese plan.
60	Centralización o coordinación estricta de las agencias de evaluación sanitaria diseminadas para hacer una priorización de las evaluaciones a realizar y un Plan Estratégico Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.	La coordinación de agencias de evaluación constituye una medida de gran utilidad para abordar y priorizar objetivos comunes durante crisis sanitarias y para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica en periodos de estabilidad.
61	Disponibilidad de los resultados de la evaluación de tecnologías sanitarias de manera fácil e integrada para el clínico en la historia clínica electrónica.	La integración en la historia clínica constituye un reto ambicioso, pues aún no existe una plataforma central de evaluación de fácil acceso para el profesional sanitario.
62	Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica (medicina basada en pruebas o evidencia, por ejemplo, la base de datos Cochrane) accesible fácilmente por el clínico a través de la historia clínica electrónica	La accesibilidad a la última evidencia científica es necesaria para la resolución de dudas clínicas que aumente la calidad asistencial proporcionada. Diversas plataformas constituyen herramientas útiles en función de la necesidad del profesional.
63	La Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias debería hacer realmente las veces del NICE, y sus informes debieran ser vinculantes, y en dicha evaluación debe participar personal sanitario, expertos, sociedades científicas e incluso pacientes. Este dictamen vinculante ha de evitar las re-evaluaciones de los diferentes niveles (nacional-autonómico y local). Debe ser preceptiva a la autorización y difusión de la tecnología, estableciéndose reglas claras y explícitas.	Con ello, se conseguiría reducir la variabilidad injustificada de la práctica clínica a nivel nacional, disminuyendo las diferencias en el servicio sanitario recibido a lo largo del territorio. El carácter vinculante disminuiría la toma de decisiones sanitarias basadas en bajos niveles de evidencia científica y las revisiones de los informes deberán ser efectuadas por la propia Red de Agencias cuando exista nueva evidencia disponible.

64	<p>Uso de indicadores con enfoque triple meta en los sistemas de información, gestión clínica vinculada a resultados. Se pueden asignar presupuestos de acuerdo a una política de recursos humanos que esté ligada a resultados. Se puede disponer de indicadores precisos y válidos que faciliten la comparación entre los centros (por ejemplo, indicadores basados en la prescripción o en la implementación práctica de análisis de coste-utilidad).</p>	<p>Esta medida resulta pertinente en periodo post-COVID-19, por lo que se decide mantener.</p>
65	<p>Creación de un sistema de benchmarking nacional no solo de CCAAs, (Plan Nacional de Benchmarking).</p>	<p>Para ello se podrían aprovechar los existentes privados e integrarlos en una estrategia de medición y mejora nacional, y de compartir buenas prácticas (por ejemplo, el proyecto top 20, el best in class, etc.). Además deben incluirse nuevos indicadores comparativos de la actividad realizada durante el año 2019 y comparación de lo realizado durante el 2020 para evaluar los “efectos colaterales de la pandemia” (ejemplo de análisis de la mortalidad y de las complicaciones de los procesos que se han demorado o dejado de atender por la emergencia sanitaria causada por la pandemia COVID-19) y todos los actos sanitarios que se han dejado de realizar o pospuesto (demoras y esperas de IQ, pruebas diagnósticas, consultas, etc.). Especial énfasis ha de tenerse en la comparación de los procesos de hospitalización por COVID-19 donde se midan las Estancias Medias, mortalidad, complicaciones, estancias en UCI, etc. por centro hospitalario.</p>
66	<p>Implantación de un “Observatorio de Evolución de Epidemias y Pandemias”</p>	<p>A modo de plataforma nacional, este observatorio debe integrar los resultados del Sector Público y de la Sanidad Privada en el que se incluyan casos de pacientes confirmados, pacientes sospechosos en seguimiento. Asimismo, deben encontrarse no solo datos de pacientes hospitalizados sino datos del sector social, socio sanitario y de Atención Primaria. Esta plataforma debe tener la trazabilidad suficiente para poder visualizar los datos a nivel Comunidad Autónoma e incluso llegar a nivel hospital o Área de Salud, y debe ser el repositorio único de información de Comunidades Autónomas y Centros sanitarios para evitar la discordancia de datos entre comunidades y Ministerio. Debe ser accesible para profesionales sanitarios y población general.</p>

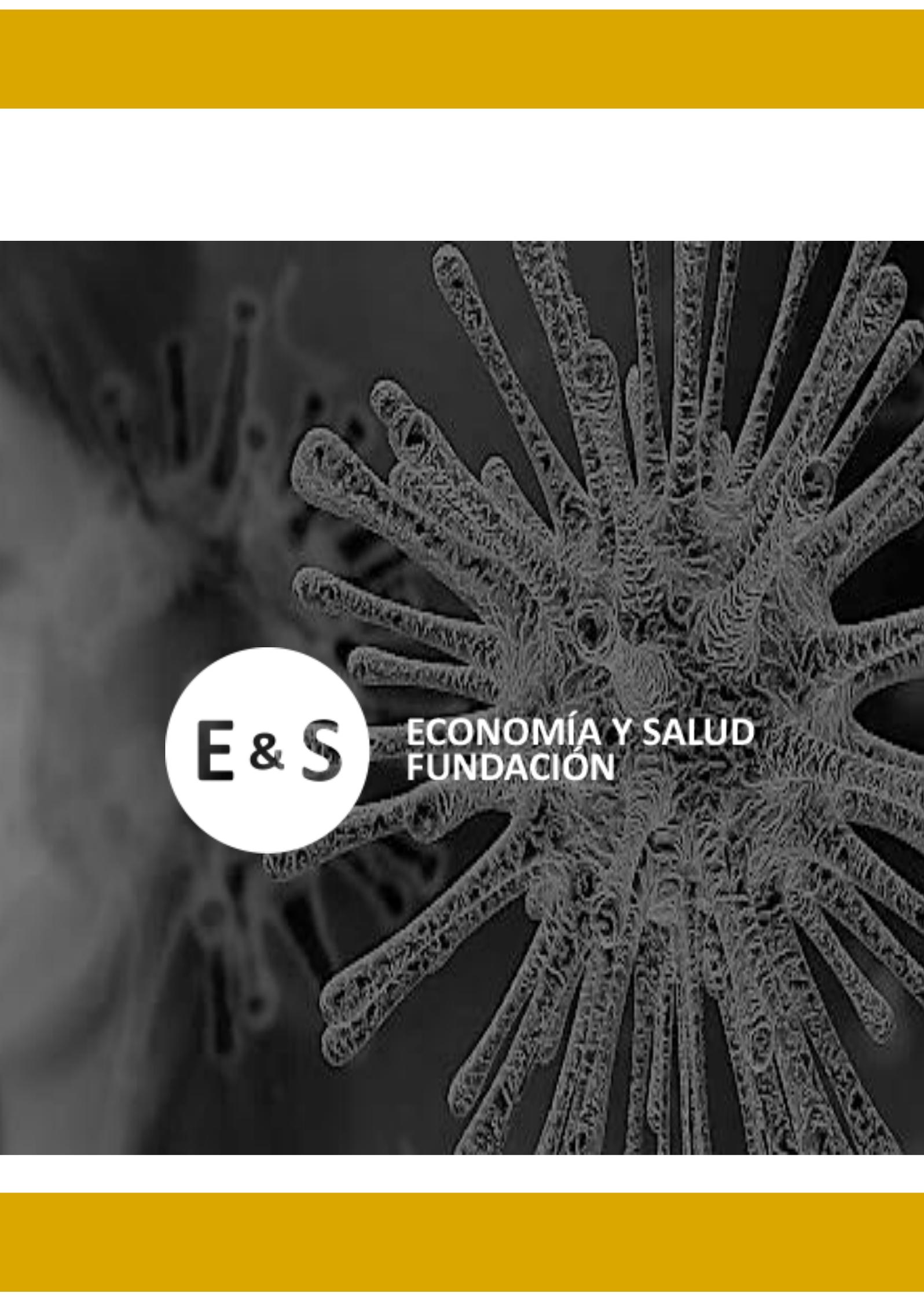
67	Evaluación del Impacto Económico en Sanidad de Epidemias y Pandemias, y también de determinados factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, etc.	Análisis exhaustivo del impacto económico en el sector salud de los riesgos para la salud más importantes donde se ponga de manifiesto el gasto extraordinario generado por epidemias y pandemias, y factores de riesgo clave, y su desglose y comparación por centros asistenciales y Comunidades Autónomas.
68	Desarrollo e impulso de la estrategia nacional de seguridad del paciente con el benchmarking de indicadores de seguridad a nivel nacional.	La existencia y actualización de una estrategia nacional de Seguridad del Paciente es una medida necesaria que constata el compromiso del Sistema Sanitario con la calidad asistencial que ofrece.
69	Compartir a nivel nacional las buenas prácticas en seguridad del paciente que acredite el Ministerio de Sanidad. Aprovechando e integrando iniciativas de seguridad desarrolla a nivel privado contribuyendo al benchmarking de seguridad del paciente a nivel nacional	Las buenas prácticas en seguridad del paciente constituyen una herramienta fundamental para la difusión de la Seguridad del Paciente a distintos niveles organizativos de la asistencia sanitaria.
70	Potenciar, estandarizar y fomentar la notificación, registro y análisis de eventos adversos difundiendo la cultura de seguridad entre todos los profesionales.	Esta medida es fundamental. Su mantenimiento es necesario para poder desarrollar sistemas de mejora continua de la calidad asistencial. No obstante, modificamos su anterior redacción. En la nueva incluimos “fomentar”, “notificar” y “analizar” como partes necesarias del proceso y sustituimos “efectos” por eventos, para ser más exactos terminológicamente.
71	Desarrollo de escuelas de pacientes en todas las CCAA donde los iguales interactúen y formen a otros pacientes.	Las interacciones entre pacientes se han demostrado como una herramienta útil para involucrar a los pacientes en su propia seguridad, siendo una medida posiblemente aún más interesante tras la pandemia de COVID-19.
72	Establecimiento de un Plan estratégico de Humanización en la Gestión Sanitaria.	Prevención de factores psicosociales de riesgo desde la humanización en el liderazgo de profesionales en organizaciones sanitarias. Se hace necesario cuidar a los profesionales, incluyendo la humanización en la gestión sanitaria, mediante el liderazgo de los profesionales, empoderando al personal sanitario, con medidas que incluyan los diferentes factores psicosociales del INSST, como son el Tiempo de Trabajo, la Autonomía, la Carga de Trabajo, las Demandas Psicológicas, la Variedad y Contenido del Trabajo, la Participación y Supervisión, el Interés por el Trabajador y Compensación por el trabajo realizado y el Desempeño de Rol.
73	Implantación estrategia de afrontamiento del malestar emocional del profesional relacionado con la atención sanitaria.	Con la finalidad de proteger la salud mental de los profesionales que en ocasiones se ven sometidos a elevadas cargas de trabajo, en ocasiones en situaciones traumáticas con altas demandas emocionales.

74	Implantar Planes de Conciliación Familiar del profesional sanitario.	Especialmente importante en el caso de que ambos progenitores sean personal del sector sanitario o social.
75	Reforzar y potenciar los servicios de prevención de riesgos laborales.	En muchos caso infradotados.
76	Facilitar el desarrollo del sector industrial para fabricación de equipos de protección individual de forma que no se dependa de otros países o la volatilidad de los mercados.	Medida que se muestra necesaria en situaciones de crisis.
77	Establecer programa de seguimiento y buenas prácticas en centros sociales, como medida de prevención ante el riesgo de exposición al SARS-Cov-2, y a otros agentes infecciosos mediante sistema de auditoría externa.	Los centros sociales y residencias de mayores, se han convertido en un importante foco de exposición a SARS-CoV-2, tanto para pacientes como profesionales, se hace imprescindible la dotación a los mismos de los recursos necesarios para una eficaz gestión preventiva de posibles brotes.
78	Diseño transparente de incentivos en el SNS alineado con la estrategia del mismo.	Los incentivos funcionan pero deben de ser justos y variables según esfuerzo.
79	Desarrollo de Incentivos relacionados con objetivos que impliquen un resultado de ganancia neta de salud.	Así se incentiva la ganancia en salud frente a actividades innecesarias o producción que no genera valor salud
80	Implementar incentivos que supongan una diferenciación retributiva basada en la contribución de cada profesional a los resultados de la organización sanitaria.	El mayor grado de implicación con la organización y sus valores y objetivos institucionales debe ser premiado.
81	Promover un clima laboral positivo para los profesionales. Establecer mecanismos de liderazgo participativo por parte de los directivos.	Esencial en época de pandemia, pero en cualquier otra. El clima laboral influye en el cumplimiento de objetivos y el rendimiento.
82	Poner en marcha medidas de incentivación no económicas basadas en el establecimiento de estrategias y espacios de participación y co-creación con pacientes y profesionales. Establecimiento de objetivos SMART.	Los incentivos solo económicos se agotan pronto y se diluye su efecto en poco tiempo. Hay que buscar otros basados en satisfacción con el puesto de trabajo y la tarea.
83	El sistema sanitario debe flexibilizarse con una adecuada movilidad de personas, estimulando la meritocracia y la competencia en la asunción de responsabilidades.	El acceso a puestos de mandos intermedios y líderes de proyectos y equipos debe basarse en méritos, capacidad e implicación
84	Seguir avanzando en la estrategia de compras centralizadas para mejorar los precios por volumen.	.

85	Crear protocolos de compras para casos de emergencia a nivel SNS y por cada servicio de salud.	Se ha demostrado necesario la elaboración de protocolos de compra para emergencias, que permitan disponer de proveedores, productos, de manera rápida y ágil.
86	Desarrollar grupos de trabajo para compras centralizadas de tecnología y prótesis para poder obtener de manera consensuada la mejor tecnología al mejor precio.	Medida de sostenibilidad.
87	Hay que definir la innovación que aporta valor bajo criterios consensuados y que se está dispuesto a pagar por ella, en términos dinero por año de vida con calidad ganado.	Medida de sostenibilidad
88	Definir y establecer mecanismos de financiación extraordinaria para la innovación con mayor impacto y para los casos de enfermedades raras con tratamientos exclusivos.	Se ha modificado sustituyendo “innovación cara” por innovación con mayor impacto”
89	Desarrollar los mecanismos de compra innovadora ante compras complejas. Establecimiento de nuevas fórmulas de contratación de riesgo compartido de fármacos como el pago por resultados, o el pago poblacional con topes anuales.	Se ha modificado sustituyendo “concursos” por “compras”
90	Desarrollar e implantar planes de eficiencia energética en centros hospitalarios y sanitarios. Promover proyectos como la cogeneración energética.	Se ha modificación integrando varias medidas
91	Establecimiento de catálogos de productos y proveedores a nivel estatal. Publicación de datos de compras públicas en formatos reutilizables.	Permite mejorar la transparencia. Además, la información facilita las compras, la eficiencia y la gestión.
92	Renegociar frecuentemente los contratos con compañías eléctricas para obtener ahorros aprovechando la liberalización del sector. Se podría considerar el sector sanitario público como de especial protección con una tarifa eléctrica más barata.	Importante debido al gran gasto energético de los cetros. Esta medida no excluye el intentar que los centros socio sanitarios sean lo más eficientes posibles energéticamente.
93	Participar en el proceso de desarrollo de los medicamentos a través de la investigación pública o la colaboración público-privada para obtener beneficios en la compra de los mismos.	Se he modificado mejorando la redacción para una mejor comprensión de la medida

94	ELIMINADA: Aplicar principios de buen gobierno y transparencia a la gobernanza del sistema sanitario.	Es una intención genérica que debe de ir en la introducción. Se elimina como medida concreta
	Los directivos sanitarios deben ser profesionales sanitarios acreditados y nombrados en función de méritos y proyecto, con un baremo regulador y que sus nombramientos y cese dependan de una comisión técnica y profesional y no de políticos.	Se amplía y concretiza la medida para añadir cierta separación entre la política y la gestión sanitaria que evite nombramientos y ceses arbitrarios no basados en resultados sino en amistades o ideologías.
95	La gestión y planificación sanitaria debe aparecer regulada en la ley de ordenación de las profesiones sanitarias, y regularse como una especialidad sanitaria o al menos un área de capacitación específica. (ACE). Mientras la gestión sanitaria podría regularse a través de diplomas de acreditación o diplomas de acreditación avanzada. Acreditando a los directivos de la salud con itinerarios formativos propios.	Se ha unificado la medida que era complementaria, modificado, ampliando y concretando la acción.
96	Conceder autonomía de gestión a los centros sanitarios para poder desarrollar una gestión clínica potente.	Se ha actualizado la redacción.
	ELIMINADA: Debe de incentivarse los centros de excelencia hospital-industria y/o hospital-atención primaria, así como las cátedras para unidades de gestión clínica o similar.	Se ha eliminada por no resultar clara y mezclar conceptos.
97	Es necesario medir los resultados en salud de forma continuada y publicarlos en portales de transparencia.	Se ha actualizado la redacción para simplificarla.
98	Tener el Plan de Salud Actualizado en contingencias frente a Epidemias y Pandemias	Nueva medida concreta.
99	Tener el Plan estratégico del Servicio de Salud actualizado que debe incluir medidas de cada institución sanitaria para hacer frente a epidemias y otras emergencias sanitarias.	Nueva medida concreta.
100	Portal de Transparencia en Salud Pública que sea un Portal de información sobre medidas de prevención, datos epidemiológicos, protocolos y resultados en salud.	Nueva medida concreta.





E & S

**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**