



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



**ECONOMÍA Y SALUD**  
**FUNDACIÓN**





**ECONOMÍA Y SALUD  
FUNDACIÓN**

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



# ÍNDICE

PREÁMBULO	5
AUTORES Y COLABORADORES	6
INTRODUCCIÓN	9
ÁREA 1. MEDIDAS ASISTENCIALES	13
ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA E INTEGRACIÓN ASISTENCIAL	20
ÁREA 3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS	25
ÁREA 4. PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EMPODERAMIENTO PACIENTE	31
ÁREA 5. ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA	37
ÁREA 6. ORGANIZATIVAS Y ATENCIÓN AL DOMICILIO	45
ÁREA 7. EVALUACIÓN Y BENCHMARKING	50
ÁREA 8. SEGURIDAD PACIENTE Y SALUD DEL PROFESIONAL SANITARIO	56
ÁREA 9. CAPITAL HUMANO E INCENTIVACIÓN PROFESIONAL	61
ÁREA 10. COMPRAS Y GESTIÓN	64
ÁREA 11. BUEN GOBIERNO Y TRANSPARENCIA	69
ANEXO I. RESUMEN DE LAS 100 MEDIDAS DE 2020	74



# PREÁMBULO

La Fundación Economía y Salud presenta en este documento, en cumplimiento de sus fines fundacionales, una propuesta de 106 medidas para mejorar el Sector Salud en España.

Estas medidas son el trabajo de más de 50 expertos que buscan mejorar la calidad y eficiencia de nuestro Sistema Nacional de Salud, puestas en discusión, siquiera sea en mayor medida, en la pandemia sufrida.

Para elaborar estas medidas se ha tenido en cuenta, como se explica en la introducción general, los documentos previos que la Fundación ha venido publicando: **“100 PERSPECTIVAS PARA MEJORAR EL FUTURO DEL SECTOR SALUD”** y **“100 MEDIDAS QUE MEJORAN EL SECTOR DE LA SALUD”**.

En este trabajo han intervenido los distintos responsables y coordinadores de área, que se detallan más adelante, junto con una relación de colaboradores a quienes se les envió el trabajo realizado por los responsables de área para que incorporaran comentarios y sugerencias, enriqueciendo de este modo el texto final.

Como siempre estamos ante un documento colaborativo y plural, llevado a cabo por expertos procedentes de distintas sensibilidades, quienes han llevado a cabo un trabajo de consenso incorporando aquellas medidas que gozan de mayor adhesión, y rechazando aquellas más polémicas. De esta forma, producimos

un documento ejecutivo cuyas propuestas de medidas concretas pueden ser implantadas por cualquier gobierno con independencia de su concreta ideología política.

Con el fin de que este documento se convierta en un documento de consulta pero también en algo vivo, que permita orientar a las administraciones sobre el desarrollo de sus trabajos, estamos trabajando sobre un cuadro de mandos de indicadores que nos permita conocer cada año el grado de implantación de estas medidas en las distintas Comunidades Autónomas.

Anualmente presentaremos el análisis de resultados y haremos mención a las cinco mejores iniciativas que hayamos encontrado en las distintas Comunidades Autónomas, para que a través de un estudio pormenorizado conozcamos las estrategias seguidas para su implantación, con el fin de que sirvan de modelo y ejemplo para otras Comunidades Autónomas.

Quiero agradecer muy sinceramente el trabajo y el esfuerzo desarrollado estos días por los distintos colaboradores que han elaborado este documento, y muy especialmente por los responsables de área y coordinadores generales que han llevado a cabo el grueso del trabajo.

**Alberto Giménez Artés,**

Presidente de la Fundación Economía y Salud

# AUTORES Y COLABORADORES

## AUTORES

### CARLOS ALBERTO ARENAS DÍAZ

Revisión General del documento y CoResponsable de las áreas 4 y 11.

Vicepresidente de la Fundación Economía y Salud.  
Gerente del Área IX Vega Alta del Segura en Servicio Murciano de Salud.

### JESÚS MARÍA ARANAZ ANDRÉS.

CoResponsable de las áreas 7 y 8.

Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospital Universitario Ramón y Cajal.

### IGNACIO ARNOTT GONZÁLEZ-TOVA

CoResponsable del área 3.

Strategy&Consulting en Accenture España.

### ANTONIO BURGUEÑO JEREZ

Revisión General del documento.

Director en Proyecto Venturi/Proyecto Impulso.

### PALOMA CASADO DURÁNDEZ

CoResponsable de las áreas 1 y 6.

Subdirectora General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente.

### IGNACIO DEL ARCO HERRERA

CoResponsable del área 4.

Investigador del eHealth Center de la UOC.

### JORGE DE VICENTE GUIJARRO

CoResponsable de las áreas 7 y 8.

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospital Universitario Ramón y Cajal.

### AMALIA FRANCO VIDAL

CoResponsable de las áreas 2 y 5.

Coordinadora de Calidad e Innovación del Área Sanitaria V del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

### JAVIER GUERRERO FONSECA

CoResponsable del área 8.

Especialista del Servicio de Prevención del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Auditor del SGPR.

### JOSÉ LUIS GUTIERREZ SEQUERA

CoResponsable de las áreas 2 y 5.

Regional Access Manager Servier.

### BALTASAR LOBATO BELEIRO

CoResponsable de las áreas 2 y 5.

Socio de Healthcare & Life Sciences en EY.

### DIEGO LOPEZ LLORENTE

CoResponsable del área 7.

Director de Admisión, Facturación y Documentación Clínica Hospital San Francisco de Asís.

### MIGUEL ÁNGEL MÁÑEZ ORTIZ

CoResponsable de las áreas 9 y 10.

Economista. Gestión sanitaria. Blogs. Transformación digital.

### MERCEDES MARTINEZ NOVILLO

CoResponsable de las áreas 1 y 6.

Directora Instituto de Medicina de Laboratorio Hospital Clínico San Carlos.

### CARLOS MUR DE VIU BERNAD

CoResponsable del área 11.

Médico Psiquiatra. Profesor Asociado, Universidad Europea.

### ALICIA NEGRÓN FRAGA

Revisión General del documento y CoResponsable de las áreas 1, 2, 4, 5 y 6.

Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria. Servicio Madrileño de Salud.

### CARLOS PEÑA LAGUNA

CoResponsable de las áreas 1 y 6.

Coordinador ámbito Sociosanitario en G.A.I. Ciudad Real.

### PABLO SÁNCHEZ CASSINELLO

CoResponsable del área 3.

Managing Director área de Sanidad en Accenture España.

### FRANCISCO SORIANO CANO

CoResponsable de las áreas 9 y 10.

Director Gerente en Área de Salud V del Altiplano del Servicio Murciano de Salud.

## COLABORADORES

### MANUEL ARMAYONES RUIZ

Director de Desarrollo eHealth Center de la UOC.

### ALBERT BARBERÁ LLUIS.

Director eHealth Center de la UOC.

### RAQUEL BELTRÁN GARCÍA

Directora de Gestión Hospital de Guadarrama.

### MARIANO BUENO CORTÉS

Director General Biosalud.

### MERCEDES CARRASCO GONZÁLEZ

Especialista en Medicina Intensiva Servicio Madrileño de Salud.

### MIGUEL ÁNGEL CASADO GÓMEZ

Director General PORIB.

### NICOLA DE CHIARA

Strategic Partnership Manager Otsuka.

### JAIME DEL BARRIO SEOANE

Senior Advisor - Healthcare & Life Sciences en EY.

### JOAQUÍN ESTEVEZ LUCAS

Presidente Sociedad Española de Directivos de la Salud.

### CARMEN FERRER ARNEDO

Doctora Enfermera. Coordinadora Científica de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del SNS español.

### ELENA GARCÍA GARCÍA

Directora de Postgrado e Investigación Universidad de Nebrija.

### ALBERTO GIMÉNEZ RAMÓN-BORJA.

Director General Grupo Casaverde.

### JUAN GONZALEZ ARMENGOL

Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias.

### JOSÉ IGNACIO GUZMÁN

Vicepresidente Cruz Roja Murcia.

### EULÀLIA HERNÁNDEZ ENCUESTRA

Especialista en psicología, salud e Internet y profesora de Psicología del desarrollo en la UOC.

### MÓNICA LÓPEZ VENTOSO

Supervisora de área de servicios básicos Hospital del Oriente de Asturias.

### M<sup>a</sup> TERESA MARTÍNEZ ROS

Directora General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano Servicio Murciano de Salud.

### PABLO MÉNDEZ VARELA

Regional Access Manager Sanofi

### MARISA MERINO HERNÁNDEZ

Directora Gerente de OSI Tolosaldea Osakidetza.

### YOLANDA MONTENEGRO PRIETO

Gerente del Área de Salud de Estella-Lizarrza en Servicio Navarro de Salud.

### JUAN CARLOS MURIA-TARAZON

Head of Health Sector at S2 Grupo.

### JOSÉ IGNACIO NIETO GARCÍA

Directivo en servicios sociales y experiencia en gestión y estrategia sanitaria.

### LOURDES OCHOA DE RETANA

Responsable del proyecto Paciente Activo Osakidetza.

### RUBÉN OTERO ÁLVAREZ

Gerente Grupo Calidad en Dependencia.

### JUAN ANTONIO QUESADA

Subdirección General de Asuntos Económicos Servicio Murciano de Salud.

### JUAN V. QUINTANA CEREZAL

Jefe de Zona y Médico de familia de Atención Primaria. Jefe de Estudios. Hospital del Vinalopó.

### ALBERTO RUBIO

Senior Director Market Access Pharmalex .

### BOI RUIZ GARCIA

Fundador y CEO Knowhow advisers.

### GERMÁN SEARA AGUILAR

Coordinador de la Unidad de Innovación Hospital Clínico San Carlos.

### FRANCISCO SERVER AUSINA

Director Médico Ibermutua.

### JUAN JOSÉ TIRADO DARDER.

Presidente Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

### TOMÁS TORANZO CEPEDA

Presidente Confederación Estatal de Sindicatos Médicos.

### ISABEL TOVAR GARCÍA

Facultativa Especialista de Área de Inmunología Área Sanitaria de Cáceres.



# INTRODUCCIÓN

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 del 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 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 concretar 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

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 más de 100 medidas entre nuevas, reformuladas y adaptadas a la situación actual, que pasamos a desarrollar en las siguientes páginas.

# LÍNEAS ESTRATÉGICAS



## ÁREA 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 encontradas para poder atender al elevado volumen de pacientes afectados, diferenciando aquellas medidas que deben ser consideradas como estructurales y básicas, de aquellas otras más coyunturales que se han demostrado idóneas para responder a las

demandas urgentes de la pandemia, que hay que potenciar y mantener, dentro de la contingencia.

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 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	Arbitrar mecanismos para mantener y/o recuperar la actividad asistencial general afectada durante la pandemia, que permitan la priorización y la equidad.
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.
8	Elasticidad y redistribución de los recursos asistenciales, en función de las necesidades y la demanda.
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	Implementación efectiva de modelos de gestión clínica.
12	Garantizar la continuidad asistencial como base de una atención integrada, coordinada y centrada en el valor.
13	Movilidad de los profesionales en función de las necesidades asistenciales.
14	Establecer estándares de atención centrada en la persona.
15	Fomentar la ambulatorización de aquellos procesos asistenciales que no requieran las instalaciones de un centro hospitalario.

## 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	Arbitrar mecanismos para mantener y/o recuperar la actividad asistencial general afectada durante la pandemia, que permitan la priorización y la equidad.	Deben arbitrarse mecanismos para preservar la actividad urgente y programada NO COVID-19, que permitan priorizar y racionalizar la asignación de recursos con equidad, tanto en el ámbito de lista de espera quirúrgica, como de procedimientos, consultas y exploraciones.

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 el 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 experiencia del paciente y la efectividad de todas las intervenciones que deben llevarse a cabo, sin olvidar el bienestar emocional.
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.
6	Consolidar la conciliación farmacoterapéutica y favorecer la desprescripción.	Es necesario facilitar y potenciar la conciliación farmacoterapéutica y favorecer la desprescripción, 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 ser de ayuda al prescriptor en la toma de decisiones que, deben aportar valor, mejorar los resultados en las personas y normalizar la práctica clínica. Ha sido especialmente importante durante la pandemia, asegurar el conocimiento de las interacciones entre los distintos fármacos.
8	Elasticidad y redistribución de los recursos asistenciales, en función de las necesidades y la demanda.	La capacidad de redistribución de los recursos asistenciales, en función de las necesidades y la demanda, aporta elasticidad al sistema y se consigue flexibilizando la gestión de los recursos, aplicando, entre otros, modelos de trabajo multidisciplinar.

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>Es necesario afianzar y consolidar el modelo de atención de referencia, especialmente en patologías poco frecuentes que requieren una dotación específica de recursos y una organización diferenciada. Su implantación debe responder a necesidades reales y no tratarse de respuestas coyunturales a deficiencias aisladas.</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>Implementación efectiva de modelos de gestión clínica.</p>	<p>La gestión clínica permite y fomenta una organización funcionalmente más eficiente, una visión transversal de las necesidades y del abordaje de situaciones como la pandemia. Se debe continuar fomentando el modelo.</p>
12	<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>

13	Movilidad de los profesionales 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.
14	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.
15	Fomentar la ambulatorización de aquellos procesos asistenciales que no requieran las instalaciones de un centro hospitalario.	Es imprescindible limitar el acceso al hospital a aquellos pacientes y ciudadanos cuyo proceso, procedimiento o intervención no puedan ser realizados de forma ambulatoria, en términos de velar por la propia seguridad del paciente y teniendo en cuenta su perspectiva.

## CONCLUSIÓN

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

El aprendizaje aportado por la experiencia de la pandemia nos exige la previsión de medidas de forma anticipada, tales como, 1) mantener dos circuitos asistenciales, para minimizar la repercusión en el resto de procesos y pacientes y 2) contar con planes de contingencia específicos en

los puntos de entrada del paciente en el sistema, atención primaria, S. Urgencias y en aquellos otros donde la asistencia se ha visto más comprometida, UCI y hospitalización médica.

Será necesario consolidar los mecanismos que han permitido flexibilizar la disponibilidad de los recursos, con el objetivo de garantizar una asistencia sanitaria de calidad.

La continuidad asistencial, la integración y la redistribución de los recursos con agilidad, facilitarán el abordaje de una situación de sobreexigencia como la que hemos vivido.

## ÁREA 2.

# ATENCIÓN PRIMARIA E INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

## INTRODUCCIÓN

La Pandemia COVID-19 ha convulsionado 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) así como 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 el grupo de trabajo se debatió brevemente sobre las líneas de actuación defi-

nidas hace 3 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 Sanitarios 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 2020

16	Disponer de procesos de estratificación poblacional de complejidad para poder usarlos en situaciones de crisis epidemiológica para priorizar la atención, por su importancia en el paciente complejo, así como desde el enfoque de gestión de enfermedades.
17	Incrementar la intensidad del seguimiento de los procesos por parte de AP e implantar la teleasistencia a tres: (paciente- ámbito hospitalario-atención primaria).
18	Puntos de acceso a Historia Clínica Digital en todos los centros sociosanitarios.
19	Pleno acceso a los sistemas de información clínica asistencial de los equipos de salud pública comunitarios.
20	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, intentando alcanzar las máximas competencias en cada estamento y de esta forma ser lo más eficiente posible como equipo.
21	Diseñar protocolos de crisis que permitan "intervenir" sanitariamente los centros que no presentan capacidad de abordaje sanitario de situaciones de crisis epidemiológica. Provisión de centros-COVID para trasladar a las personas positivas alojadas en residencias.
22	Reforzar e implantar los procedimientos de vigilancia epidemiológica centrados en Atención Primaria definiendo los recursos necesarios, tanto en este aspecto como en el asistencial, dotando a la Atención Primaria de la capacidad necesaria.
23	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.
24	Establecimiento de un estándar de reserva estratégica de material de protección por cada centro, tanto social como sanitario.

## JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
16	Disponer de procesos de estratificación poblacional de complejidad para poder usarlos en situaciones de crisis epidemiológica para priorizar la atención, por su importancia en el paciente complejo, así como desde el enfoque de gestión de enfermedades.	Deterioro de los procesos de seguimiento de pacientes crónicos estables, posible incremento de reagudizaciones, despriorización del seguimiento hospitalario.
17	Incrementar la intensidad del seguimiento de los procesos por parte de AP e implantar la teleasistencia a tres:(paciente-ámbito hospitalario-atención primaria).	Mejorar los procesos de seguimiento de pacientes crónicos.
18	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.
19	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.
20	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, intentando alcanzar las máximas competencias en cada estamento y de esta forma ser lo más eficiente posible como equipo.	De especial importancia en las patológicas crónicas y el paciente frágil.
21	Diseñar protocolos de crisis que permitan "intervenir" sanitariamente los centros que no presentan capacidad de abordaje sanitario de situaciones de crisis epidemiológica. Provisión de centros-COVID para trasladar a las personas positivas alojadas en residencias.	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.

22	Reforzar e implantar los procedimientos de vigilancia epidemiológica centrados en Atención Primaria definiendo los recursos necesarios, tanto en este aspecto como en el asistencial, dotando a la Atención Primaria de la capacidad necesaria.	Resolver la Insuficiencia de recursos comunitarios (Atención Primaria y salud pública) para el control, vigilancia y seguimiento de la epidemia
23	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.
24	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.

## CONCLUSIÓN

La Telemedicina y la Telesistencia 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 no COVID-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.

## ÁREA 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 sanitaria tradicionales durante los últimos años. La incorporación de las nuevas tecnologías al proceso asistencial sanitario y el uso cada vez más inteligente de la información generada está modificando no sólo la forma de diagnosticar y tratar, e incluso de prevenir las enfermedades, sino que también está cambiando el modelo de relación entre el paciente y el profesional sanitario.

Sin embargo, la crisis sanitaria motivada por la COVID-19 ha puesto de manifiesto algunas carencias o limitaciones derivadas del nivel de madurez o extensión de las nuevas tecnologías, insuficientes para dar respuesta al funcionamiento óptimo de nuestro Sistema Nacional de Salud, mucho más ante una situación de crisis pandémica.

Además, la deficiente conectividad e interoperabilidad existente entre todos los agentes de Salud, desde los puntos de vista técnico/tecnológico, formativo y cultural han tenido que ser suplidos en tiempo récord por formación, conocimiento, experiencia y voluntariedad de múltiples profesionales trabajando a tiempo completo en equipos multidisciplinarios.

En este contexto, las principales carencias y limitaciones mencionadas pueden resumirse en las 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 sus características técnicas, idoneidad y 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.

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.

En este sentido, es importante resaltar el rol que los sistemas de información y las nuevas tecnologías deben jugar en poder

compartir “información de salud” y dar capacidad a todos los actores (ciudadanos, pacientes, profesionales, gestores, investigadores, decisores políticos o sociales) de mejorar su toma de decisión. Los sistemas de información deben garantizar que, trabajando sobre los mismos datos originales, de la mayor calidad posible, se pueda obtener la información necesaria para la visión de cada actor, ya sea individual o institucional.

No se pueden dar por superadas ninguna de las barreras que hace solo unos meses parecían infranqueables y saltaron por los aires en la crisis, sino más bien se ha de identificar y evaluar lo conseguido para consolidar el máximo posible y seguir avanzando, sin permitir el retroceso al periodo previo a la crisis.

## MEDIDAS 2020

25	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.
26	Implantar modelos de captura de la información asistencial y no asistencial basados en tecnologías de registro automáticas (IoT, RFID, ...).
27	Homogeneizar los criterios de seguridad y confidencialidad exigibles a los sistemas de información.
28	Establecer canales de comunicación bidireccionales flexibles y seguros entre el proveedor de servicios sanitarios y el paciente y su entorno cercano.
29	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 éste sea evitable, acompañados de la información y formación necesarias para una implantación exitosa.
30	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.
31	Junto al Plan Nacional de Interoperabilidad, es necesario implantar medidas de gobierno y calidad del dato para la consolidación de la información.
32	Implantar modelos analíticos compartidos (Big data, analítica avanzada, inteligencia artificial, ...) de vigilancia epidemiológica, de capacidad asistencial requerida, y de necesidades logísticas, además de indicadores de resultados en Salud ligados a diferentes alternativas terapéuticas que sean una ayuda a los gestores en la toma de decisiones sobre las mismas.
33	Implantar sistemas de información y arquitecturas flexibles y con capacidad de adaptación a las necesidades que puedan surgir.

## JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
25	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.
26	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.
27	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 alineados con la realidad y madurez actual de las tecnologías.
28	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.
29	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 éste sea evitable, acompañados de la información y formación necesarias para una implantación exitosa.	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.

30	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.
31	Junto al Plan Nacional de Interoperabilidad, es necesario implantar medidas de gobierno y calidad del dato para la consolidación de la información.	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.
32	Implantar modelos analíticos compartidos (Big data, analítica avanzada, inteligencia artificial, ...) de vigilancia epidemiológica, de capacidad asistencial requerida, y de necesidades logísticas, además de indicadores de resultados en Salud ligados a diferentes alternativas terapéuticas que sean una ayuda a los gestores en la toma de decisiones sobre las mismas.	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.
33	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.

## CONCLUSIÓN

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 es-

tablecimiento 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.

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**.

## ÁREA 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.

El empoderamiento depende en parte de las capacidades y motivaciones individuales para asumir un papel más activo e informado en la toma de decisiones sobre salud y en la comunicación con los profesionales. Pero también depende del propio sistema y de los profesionales, que deben facilitar el acceso a la información y el uso apropiado de los recursos y herramientas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y para los cuidados, incorporando elementos de diseño del comportamiento para fomentar la máxima penetración, uso y adherencia a las distintas intervenciones.

Se trata, por tanto, de una aproximación que aborda los determinantes de la salud del individuo en su propio contexto, contribuyendo a reducir desigualdades en los procesos de atención.

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 para conseguir el reto de modificar el comportamiento, activando esos pequeños cambios en los hábitos de vida que favorecen la salud, mejoran el manejo de la enfermedad o previenen el deterioro.

Las medidas asociadas a esta línea fueron las más valoradas en la ponderación rea-

lizada por el grupo original de expertos. Y 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 2020

34	Portal de salud accesible a través de APP para dispositivos móviles, con información válida actualizada, comprensible y que incorpora técnicas de diseño persuasivo para aumentar su uso entre la ciudadanía.
35	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 como elemento clave de la continuidad asistencial.
36	Portal de educación y promoción de la salud con recursos adaptados y formatos accesibles, diseñados para lograr el máximo uso y adherencia a través de canales de comunicación online (infografías, vídeos, redes sociales...) Incluye "Píldoras de información" con mapas de recursos asistenciales, consejos de salud, actividades saludables, cursos, alimentación, información sobre la pandemia y medidas preventivas...
37	Interacción y colaboración entre sector salud y sector educativo para incrementar el nivel de alfabetización en salud. Implantar Programas comunitarios 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.
38	Incorporación de la perspectiva biopsicosocial en las intervenciones clínicas, sobre todo en enfermedad crónica, potenciando la labor de los equipos de enfermería y de las escuelas de pacientes. Los protocolos clínicos incluyen elementos, recursos y recomendaciones para la salud social, afectiva, y la gestión emocional asociada al proceso de atención al paciente.

## JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
34	Portal de salud accesible a través de APP para dispositivos móviles, con información válida actualizada y comprensible y que incorpora técnicas de diseño persuasivo para aumentar su uso entre la ciudadanía.	Se ha modificado ligeramente la redacción para reforzar la accesibilidad de la información digital.
35	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 como elemento clave de la continuidad asistencial.	Esta es una de las medidas que tuvo mayor consenso entre el grupo de expertos, y se mantiene introduciendo el concepto de continuidad asistencial como consecuencia del verdadero empoderamiento.
36	Portal de educación y promoción de la salud con recursos adaptados y formatos accesibles diseñados para lograr el máximo uso y adherencia a través de canales de comunicación online (infografías, vídeos, redes sociales...) Incluye "Píldoras de información" con mapas de recursos asistenciales, consejos de salud, actividades saludables, cursos, alimentación, información sobre la pandemia y medidas preventivas...	Combina las medidas 36 y 37 originales para potenciar el concepto de recursos de salud digital en la promoción de la salud.
37	Interacción y colaboración entre sector salud y sector educativo para incrementar el nivel de alfabetización en salud. <i>Implantar Programas comunitarios 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>	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.

38

Incorporación de la perspectiva biopsicosocial en las intervenciones clínicas, sobre todo en enfermedad crónica potenciando la labor de los equipos de enfermería y de las escuelas de pacientes. *Los protocolos clínicos incluyen elementos, recursos y recomendaciones para la salud social, afectiva, y la gestión emocional asociada al proceso del paciente.*

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.

## CONCLUSIÓN

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.

## ÁREA 5.

# ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

## 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 coordinación 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 coordinada 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 2020

39	Fomentar una verdadera coordinación social y sanitaria; que el Sistema de Servicios Sociales participe en la gestión del paciente social en el entorno sanitario y viceversa.
40	Planificar la necesidad de camas de cuidados medios donde deba prestarse simultáneamente una atención social y sanitaria y concertación de las mismas integrándolas en la red de uso público.
41	Planificar la necesidad de cuidados sociales y sanitarios no presenciales y ambulatorios en régimen domiciliario, hospital de día o de consulta ambulatoria con garantías de seguridad y efectividad. Reforzar el enfoque domiciliario de la atención primaria.
42	Planes para cuidar al cuidador estableciendo ayudas al descanso y apoyo al cuidador principal de pacientes dependientes. Es necesario que los planes de teletrabajo y conciliación de las empresas incluyan la conciliación de cuidados con personas dependientes.
43	Desarrollo de foros de encuentro de profesionales implicados en la atención sociosanitaria, ya pertenezcan al Sistema de Servicios Sociales o al Sistema Sanitario, fomentando el conocimiento mutuo y el trabajo en equipo. Estos foros tienen que tener objetivo claros que permitan que realmente sean operativos, y enmarcados en el Plan/Estrategia Sociosanitario que se desarrolle en la CCAA.
44	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 unos objetivos claros que permitan que sean realmente operativas.
45	Asignación de un interlocutor único (equipo de atención primaria: médico, enfermera y trabajadora social) en cada centro de salud para cada residencia que coordine los profesionales que presten atención en la misma.
46	Equipos sanitarios de residencias con capacidad de prescribir/recetar, centrados en la conciliación farmacoterapéutica.
47	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. Actualizar la legislación básica y de desarrollo por parte de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, que hagan posible la coordinación social y sanitaria.

48	Historia sociosanitaria integrada informatizada, no solo clínica y sanitaria sino también social.
49	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.
50	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.
51	Introducir la figura de la gestión de casos para la mejora de la atención sociosanitaria.
52	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
39	Fomentar una verdadera coordinación social y sanitaria; 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.
40	Planificar la necesidad de camas de cuidados medios donde deba prestarse simultáneamente una atención social y sanitaria 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 su ausencia. 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 a su vez no podrían ser acogidos en las residencias.
41	Planificar la necesidad de cuidados sociales y sanitarios no presenciales y ambulatorios en régimen domiciliario, hospital de día o de consulta ambulatoria con garantías de seguridad y efectividad. Reforzar el enfoque domiciliario de la atención primaria.	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).

42	<p>Planes para cuidar al cuidador estableciendo ayudas al descanso y apoyo al cuidador principal de pacientes dependientes. Es necesario que los planes de teletrabajo y conciliación de las empresas 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>
43	<p>Desarrollo de foros de encuentro de profesionales implicados en la atención sociosanitaria, ya pertenezcan al Sistema de Servicios Sociales o al Sistema Sanitario, fomentando el conocimiento mutuo y el trabajo en equipo. Estos foros tienen que tener objetivos claros que permitan que realmente sean operativos, y enmarcados en el Plan/Estrategia Sociosanitario que se desarrolle en la CCAA.</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>
44	<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>	
45	<p>Asignación de un interlocutor único (equipo de atención primaria: médico, enfermera y trabajadora social) en cada centro de salud para cada residencia que coordine los profesionales que presten atención en la misma.</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>

46	Equipos sanitarios de residencias con capacidad de prescribir/recetar, centrados en la conciliación farmacoterapéutica.	Médicos y enfermeras.
47	Desarrollo de un Plan Estratégico socio-sanitario 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. Actualizar la legislación básica y de desarrollo por parte de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, que hagan posible la coordinación social y sanitaria.	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.
48	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.
49	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.

50	<p>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.</p>	<p>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.</p>
51	<p>Introducir la figura de la gestión de casos para la mejora de la atención sociosanitaria.</p>	<p>La gestión de casos es básica para abordar los problemas sociosanitarios y en ella debe implicarse el equipo de enfermería con trabajo social.</p>
52	<p>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.</p>	<p>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.</p>

## CONCLUSIÓN

La clave está en fomentar una verdadera integración social y sanitaria; 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 algunas administraciones.

## ÁREA 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.

Durante los últimos años hemos observado como las necesidades de la población se han ido transformando, así como la percepción que tienen de la asistencia sanitaria, más conectada y global. Sin embargo, durante años llevamos trabajando en base a estructuras rígidas que, ante la situación actual de crisis, se han evidenciado, todavía más, sujetas a la necesidad de volverse más flexibles.

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 relativamente complicado de trasladar hasta ahora. Pero, además, hemos evidenciado como el domicilio se ha erigido como una estructura básica de atención, tanto a personas sanas como a las enfermas y sus

familias/cuidadores.

Incluso nos ha servido para evidenciar que el domicilio no solamente es el hogar tradicional, sino que hemos aprendido a observarlo y trabajar con él en muchas de sus dimensiones, tales como el ámbito residencial, hoteles o viviendas tuteladas, entre otras.

El domicilio es una piedra angular, un espacio clave para la persona, importante en su definición y relevante en cuanto a la confianza y como espacio de confort para el individuo. Por este motivo, 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, clínica 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. Es clave incorporar el éxito y desinvertir en lo que no aporta resultados en salud, para reinvertir en lo que sí lo hace. Alinear a los profesio-

nales con esta visión será estratégico para alcanzar este objetivo.

Es momento de potenciar el domicilio y de hacer protagonistas a las personas que

habitan en él, ya sean sanas, enfermas, estén conformadas por unidades familiares o sean unipersonales y, por supuesto, sin olvidar el papel de los cuidadores, ya sean formales o informales.

## MEDIDAS 2020

53	Desarrollo de organizaciones sanitarias líquidas que interactúan con el entorno social, los pacientes y los ciudadanos.
54	Consolidar y ampliar una atención domiciliaria integrada centrada en la persona; en sus necesidades y expectativas.
55	Ampliar el ámbito de actuación de la atención domiciliaria en función de las diferentes modalidades de domicilio.
56	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).
57	Adecuar los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar la atención en el domicilio.
58	Garantizar la excelencia en la atención domiciliaria a través de la provisión de los puestos en AP mediante enfermeras especialistas en AFyC.
59	Potenciar la figura de la enfermera gestora de casos en Atención Domiciliaria y su liderazgo en la gestión de equipos de apoyo para mejorar la coordinación y la colaboración.
60	Sistematizar la atención domiciliaria de manera proactiva incluyendo promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento de los procesos.
61	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.
62	Ampliar la oferta de cartera de servicios en el domicilio. Universalizar la hospitalización a domicilio y los cuidados paliativos a domicilio.

## JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
53	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.
54	Consolidar 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. Los resultados deben incluir indicadores de calidad de vida, confortabilidad y prevención del cansancio del cuidador.
55	Ampliar el ámbito de actuación de la atención domiciliaria en función de las diferentes modalidades de domicilio.	Adaptar la atención domiciliaria a las necesidades reales de las personas y a los distintos ámbitos domiciliarios: residencias, hoteles, albergues, hogares, viviendas tuteladas, 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.
56	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.

57	Adecuar los recursos humanos y materiales necesarios para aportar valor a la atención integral en el domicilio.	La atención domiciliaria debe estar orientada a las necesidades de los pacientes y ser accesible y equitativa. Debe aportar valor a los ciudadanos y asegurar una atención orientada a los resultados, mediante una adecuada inversión de recursos humanos y materiales. La inversión debe ir asociada a resultados en domicilio.
58	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.
59	Potenciar la figura de la enfermera gestora de casos en Atención Domiciliaria y su liderazgo en la gestión de equipos de apoyo para mejorar la coordinación y la colaboración.	Establecer la gestión de casos como mecanismo vertebrador de todo proceso asistencial que incluya el domicilio.
60	Sistematizar la atención domiciliaria de manera proactiva incluyendo promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento de los procesos.	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.
61	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.	Diseño de un mapa de competencias, para la atención domiciliaria, basado en la evidencia y en la excelencia. Desarrollo competencial mediante la incorporación de los profesionales a un itinerario formativo específico que permita alcanzar el mapa previamente definido.
62	Ampliar la oferta de cartera de servicios en el domicilio. Universalizar la hospitalización a domicilio y los cuidados paliativos a domicilio.	Trasladar determinadas prestaciones o procesos, que se pueden realizar de manera ambulatoria, al domicilio. Potenciar la hospitalización a domicilio y los equipos de soporte (paliativos). Potenciar la muerte digna en domicilio como la mejor opción en la mayoría de las situaciones.

## CONCLUSIÓN

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 estructurando el rediseño de los diferentes roles de los profesionales, con especial atención en las enfermeras. 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.

## ÁREA 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 de 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 2020

63	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.
64	Disponibilidad de los resultados de la evaluación de tecnologías sanitarias de manera fácil e integrada para el clínico en la historia clínica electrónica.
65	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.
66	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 y 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.
67	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).
68	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.).
69	Implantación de un “Observatorio de Evolución de Epidemias y Pandemias”.
70	Evaluación del Impacto Económico en Sanidad de Epidemias y Pandemias, y también de determinados factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, etc.
71	Incorporar sistemas de medición de impacto de las intervenciones en salud en el ámbito económico, social y medioambiental, considerándose el método SROI (social return on investment) como una herramienta adecuada para tal propósito.

## JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
63	Centralización o coordinación estricta de las agencias de evaluación sanitaria disseminadas 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.
64	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.
65	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.
66	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 y 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.

67

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.

68

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.).

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.

69	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.
70	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.
71	Incorporar sistemas de medición de impacto de las intervenciones en salud en el ámbito económico, social y medioambiental, considerándose el método SROI (social return on investment) como una herramienta adecuada para tal propósito.	La OMS, en un informe de posicionamiento publicado en 2017, apuesta por el SROI (social return on investment) como una metodología adecuada para evaluar el impacto de las intervenciones en salud. Medir resultados de cambio es relevante para la toma de decisiones, especialmente en situaciones de pandemia. El impacto social tanto para el paciente y el familiar, como para el profesional en la toma de decisiones tiene consecuencias económicas relevantes.

## CONCLUSIÓN

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.

## ÁREA 8.

# SEGURIDAD DEL 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 2020

72	Desarrollo e impulso de la estrategia nacional de seguridad del paciente con el benchmarking de indicadores de seguridad a nivel nacional.
73	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.
74	Potenciar, estandarizar y fomentar la notificación, registro y análisis de eventos adversos difundiendo la cultura de seguridad entre todos los profesionales.
75	Desarrollo de escuelas de pacientes en todas las CCAA donde los iguales interactúen y formen a otros pacientes.
76	Integrar en la evaluación de riesgos para la seguridad del paciente los introducidos por las nuevas tecnologías, de acuerdo con nuevas regulaciones como el Medical Device Regulation europeo (MDR, 2017/745), que contempla entre otros el impacto del software en la seguridad del paciente.
77	Implantación de estrategias de afrontamiento del malestar emocional del profesional relacionado con la atención sanitaria.
78	Implantar Planes de Conciliación Familiar del profesional sanitario.
79	Reforzar y potenciar los servicios de prevención de riesgos laborales.
80	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.
81	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.
82	Motivar a la obtención de acreditaciones de la calidad con especial énfasis en aspectos de seguridad de pacientes y profesionales.

## JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
72	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.
73	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.
74	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.
75	Desarrollo de escuelas de pacientes en todas las CCAA donde los iguales interactúan y forman 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.

76	Integrar en la evaluación de riesgos para la seguridad del paciente los introducidos por las nuevas tecnologías, de acuerdo con nuevas regulaciones como el Medical Device Regulation europeo (MDR, 2017/745), que contempla entre otros el impacto del software en la seguridad del paciente.	La tecnología médica se encuentra en continuo avance, aumentando progresivamente en complejidad. Es necesario que esta nueva tecnología sea segura para el paciente y se encuentre en conformidad con el nuevo marco regulativo de la Comisión Europea.
77	Implantación de estrategias de afrontamiento del malestar emocional del profesional relacionado con la atención sanitaria.	Con la finalidad de proteger la salud mental de los profesionales que se vean sometidos a elevadas cargas de trabajo, en ocasiones, en situaciones traumáticas con altas demandas emocionales.
78	Implantar Planes de Conciliación Familiar del profesional sanitario.	Especialmente importante en el caso de que ambos progenitores sean personal del sector sanitario o social.
79	Reforzar y potenciar los servicios de prevención de riesgos laborales.	En muchos caso infradotados.
80	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.
81	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.
82	Motivar a la obtención de acreditaciones de la calidad con especial énfasis en aspectos de seguridad de pacientes y profesionales.	Valorar mediante certificación (por agencia externa, nacional o internacional) la política de calidad que se tiene en el centro de trabajo. Con ello se tiene en consideración no sólo disponer de medidas de actuación sino reconocer las que se pueden mejorar o nuevas a implantar.

## CONCLUSIÓN

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.

## ÁREA 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 2020

83	Diseño transparente de incentivos en el SNS alineado con la estrategia del mismo que impliquen un resultado de ganancia neta en salud.
84	Establecer mecanismos de liderazgo participativo y compartido por parte de los directivos. Fomento de la autonomía profesional. Mejora de las herramientas y procesos de comunicación interna.
85	Implementar incentivos que supongan una diferenciación retributiva basada en la contribución de cada profesional a los resultados de la organización sanitaria y relacionada con la consecución de objetivos.
86	Promover un clima laboral positivo para los profesionales a través de la participación en la gestión.
87	Poner en marcha medidas de incentivación no económica: modelos complementarios de asistencia, participación en actividades de investigación, mejora de los entornos de trabajo, etc.
88	El sistema sanitario debe flexibilizarse con una adecuada movilidad de personas, estimulando la meritocracia y la competencia. Evaluación periódica de los profesionales asociada a su desarrollo.

## JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
83	Diseño transparente de incentivos en el SNS alineado con la estrategia del mismo que impliquen un resultado de ganancia neta en salud.	Se unen incentivos, estrategia y resultados en salud.
84	Establecer mecanismos de liderazgo participativo y compartido por parte de los directivos. Fomento de la autonomía profesional. Mejora de las herramientas y procesos de comunicación interna.	Se crea una medida específica de liderazgo, que integra una medida sobre comunicación (quizás uno de los componentes esenciales del liderazgo).
85	Implementar incentivos que supongan una diferenciación retributiva basada en la contribución de cada profesional a los resultados de la organización sanitaria y relacionada con la consecución de objetivos.	El mayor grado de implicación con la organización y sus valores y objetivos institucionales debe ser premiado.
86	Promover un clima laboral positivo para los profesionales a través de la participación en la gestión.	Esencial en época de pandemia. Incluye medidas relacionadas con el clima laboral.
87	Poner en marcha medidas de incentiación no económica: modelos complementarios de asistencia, participación en actividades de investigación, mejora de los entornos de trabajo, etc.	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.
88	El sistema sanitario debe flexibilizarse con una adecuada movilidad de personas, estimulando la meritocracia y la competencia. Evaluación periódica de los profesionales asociada a su desarrollo.	El acceso a puestos de mandos intermedios y líderes de proyectos y equipos debe basarse en méritos, capacidad e implicación.

## CONCLUSIÓN

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.

Se ha incorporado una nueva medida que consideramos relevante: la que incluye medidas y estrategias de mejora del clima emocional y del estilo de liderazgo.

## ÁREA 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 2020

89	Seguir avanzando en la estrategia de compras centralizadas para mejorar los precios por volumen. Crear protocolos de compras para casos de emergencia a nivel SNS y por cada servicio de salud.
90	Desarrollar grupos de trabajo para compras centralizadas de tecnología y prótesis para poder obtener de manera consensuada la mejor tecnología al mejor precio.
91	Hay que definir la innovación que aporta valor bajo criterios consensuados. Potenciar la evaluación de tecnologías. Definir y establecer mecanismos de financiación extraordinaria para la innovación de alto impacto económico y social y para los casos de enfermedades raras con medicamentos huérfanos.
92	Creación de reservas estratégicas de productos esenciales. Establecimiento de alianzas y planes de contingencia con proveedores para casos de crisis.
93	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.
94	Mejorar las condiciones regulatorias del uso de las nuevas tecnologías de la comunicación y los datos para facilitar la interoperabilidad.
95	Desarrollar e implantar planes de eficiencia energética en centros hospitalarios y sanitarios. Promover proyectos como la cogeneración energética y la negociación de tarifas.
96	Establecimiento de catálogos de productos y proveedores a nivel estatal. Publicación de datos de compras públicas en formatos reutilizables.
97	Promover la gestión medioambiental de forma integral, abarcando el consumo y la generación de energía, y la gestión de residuos, además de la concienciación a la población.
98	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.
99	Se propone la creación de fondos para inversiones de alto impacto (innovación disruptiva).

## JUSTIFICACIÓN

	MEDIDA 2020	JUSTIFICACIÓN
89	Seguir avanzando en la estrategia de compras centralizadas para mejorar los precios por volumen. Crear protocolos de compras para casos de emergencia a nivel SNS y por cada servicio de salud.	Se incluye la elaboración de protocolos de compra para emergencias, que permitan disponer de proveedores, productos, etc.
90	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.
91	Hay que definir la innovación que aporta valor bajo criterios consensuados. Potenciar la evaluación de tecnologías. Definir y establecer mecanismos de financiación extraordinaria para la innovación de alto impacto económico y social y para los casos de enfermedades raras con medicamentos huérfanos.	Se ha modificado ampliando a la potenciación de la evaluación de tecnologías y uniendo otra medida.
92	Creación de reservas estratégicas de productos esenciales. Establecimiento de alianzas y planes de contingencia con proveedores para casos de crisis.	Nueva medida sobre las reservas estratégicas y las alianzas con proveedores.
93	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”.
94	Mejorar las condiciones regulatorias del uso de las nuevas tecnologías de la comunicación y los datos para facilitar la interoperabilidad.	Es necesario que los sistemas y bases de datos sean homogéneos, tanto en el ámbito clínico como de gestión.

95	Desarrollar e implantar planes de eficiencia energética en centros hospitalarios y sanitarios. Promover proyectos como la cogeneración energética y la negociación de tarifas.	Se ha modificado integrando varias medidas (concretamente la negociación de tarifas).
96	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.
97	Promover la gestión medioambiental de forma integral, abarcando el consumo y la generación de energía, y la gestión de residuos, además de la concienciación a la población.	Se ha lanzado un mensaje más ambicioso incorporando la gestión integral.
98	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.
99	Se propone la creación de fondos para inversiones de alto impacto (innovación disruptiva).	Medida para tener la previsión de poder financiar nuevas tecnologías o medicamentos que aporten un gran valor adicional. Ej vacuna frente al Covid.

## CONCLUSIÓN

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.

## ÁREA 11.

### 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 y el buen gobierno han 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 2020

100	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.
101	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.
102	Conceder autonomía de gestión a los centros sanitarios para poder desarrollar una gestión clínica potente.
103	Creación de un Observatorio de Resultados del SNS (público pero independiente de él) al que se envíe, de oficio por las instancias pertinentes, la información necesaria para hacer públicos y asequibles a todos, los resultados asistenciales con los diferentes niveles de desagregación hasta llegar al de centro, servicio o profesional público.
104	Tener el Plan de Salud Actualizado en contingencias frente a Epidemias y Pandemias.
105	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.
106	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
100	<p>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.</p>	<p>Se amplia 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.</p> <p>Esta medida, se extiende a todos los niveles asistenciales: hospitales, centros de atención primaria, emergencias,...incluyendo la máxima profesionalización de todos los cuadros directivos de la gestión de los dispositivos asistenciales, profesionales de la planificación asistencial, salud pública, agencias de evaluación y gestores de políticas públicas.</p> <p>Sobre las comisiones para esta medida, lo ideal sería un campo legal propuesto por Congreso y Senado, donde se recoja de manera aséptica los diferentes stakeholders que participen: administración estatal, local, pacientes, profesionales....</p>
101	<p>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.</p>	<p>Se ha unificado la medida que era complementaria, modificando, ampliando y concretando la acción.</p>
102	<p>Conceder autonomía de gestión a los centros sanitarios para poder desarrollar una gestión clínica potente.</p>	<p>Se ha actualizado la redacción intentando valorar por resultados en salud y no por procesos (altas, bajas, operaciones realizadas...).</p>

103	<p>Creación de un Observatorio de Resultados del SNS (público pero independiente de él) al que se envíe, de oficio por las instancias pertinentes, la información necesaria para hacer públicos y asequibles a todos, los resultados asistenciales con los diferentes niveles de desagregación hasta llegar al de centro, servicio o profesional público.</p>	<p>Es necesario medir los resultados en salud de forma continuada y publicarlos en portales de transparencia. Debemos acordar indicadores que definan lo qué indican y cómo, consensuados y aceptados, para que la información, tanto pública como privada, sea comparable y fiable.</p> <p>Es importante trabajar para tener sistemas que permitan calcular los indicadores de manera fácil y automática, evitando la sobrecarga inútil a los centros asistenciales así como sesgos introducidos por intereses particulares, garantizando indicadores robustos y fiables.</p>
104	<p>Tener el Plan de Salud Actualizado en contingencias frente a Epidemias y Pandemias.</p>	<p>Nueva medida concreta.</p>
105	<p>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.</p>	<p>Nueva medida concreta.</p>
106	<p>Portal de Transparencia en Salud Pública que sea un Portal de información sobre medidas de prevención, datos epidemiológicos, protocolos y resultados en salud.</p>	<p>El Portal de Salud Pública debe recoger los indicadores de salud y su evolución, además de los datos epidemiológicos, de tal manera que reflejen también el impacto de las políticas de todos los ámbitos de un gobierno. La OMS establece en su documento Health in all Polycies esta importante consideración pues su ineficacia aumenta la presión sobre los sistemas sanitarios. La sostenibilidad sanitaria, sus indicadores de salud y de presión asistencial están condicionadas por elementos como el empleo, la política medioambiental, de movilidad o de educación, entre otros.</p>

## CONCLUSIÓN

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.

La pandemia de la COVID19 ha puesto de manifiesto que para tener capacidad de respuesta, son fundamentales la autonomía de gestión, la transparencia en los datos independientes de la política, así como la capacidad de rendir cuentas a la sociedad compartiendo las incertidumbres ligadas a una nueva situación como la actual pandemia.

No sabemos qué nos traerá el futuro. Otra pandemia, cambio climático u otro tipo de crisis. Sea cual sea, el sistema de salud deberá dar respuesta con agilidad y

capacidad de adaptación en cada momento a las necesidades de los ciudadanos.

Debemos aprender y mejorar, aprovechando los cambios impuestos por la pandemia para consolidar un sistema de salud (en el sentido amplio) resiliente, ágil y adaptable.

Para conseguir esto es necesaria la implantación de las medidas propuestas de buen gobierno, que nos de capacidad de cambio y respuesta; y medidas de transparencia que nos ayuden a hacer partícipes a los ciudadanos de la situación y co-responsables de las decisiones que se tomen.

Serían deseables pactos políticos, a ser posible de Estado, sobre el buen gobierno y la transparencia en salud, con un decálogo de valores y medidas que ayuden a mantener esta cultura de buena gestión independientemente de quién ostente el poder en ese momento.

## ANEXO I.

## RESUMEN DE LAS 100 MEDIDAS DE 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	Arbitrar mecanismos para mantener y/o recuperar la actividad asistencial general afectada durante la pandemia, que permitan la priorización y la equidad.	Deben arbitrarse mecanismos para preservar la actividad urgente y programada NO COVID-19, que permitan priorizar y racionalizar la asignación de recursos con equidad, tanto en el ámbito de lista de espera quirúrgica, como de procedimientos, consultas y exploraciones.
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 el 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 experiencia del paciente y la efectividad de todas las intervenciones que deben llevarse a cabo, sin olvidar el bienestar emocional.

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.
6	Consolidar la conciliación farmacoterapéutica y favorecer la deprescripción.	Es necesario facilitar y potenciar la conciliación farmacoterapéutica y favorecer la deprescripción, 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 ser de ayuda al prescriptor en la toma de decisiones que, deben aportar valor, mejorar los resultados en las personas y normalizar la práctica clínica. Ha sido especialmente importante durante la pandemia, asegurar el conocimiento de las interacciones entre los distintos fármacos.
8	Elasticidad y redistribución de los recursos asistenciales, en función de las necesidades y la demanda.	La capacidad de redistribución de los recursos asistenciales, en función de las necesidades y la demanda, aporta elasticidad al sistema y se consigue flexibilizando la gestión de los recursos, aplicando, entre otros, modelos de trabajo multidisciplinar.
9	Estandarizar modelos de atención de referencia y de funcionamiento en red, estableciendo las condiciones mínimas para su implantación y su evaluación continuada.	Es necesario afianzar y consolidar el modelo de atención de referencia, especialmente en patologías poco frecuentes que requieren una dotación específica de recursos y una organización diferenciada. Su implantación debe responder a necesidades reales y no tratarse de respuestas coyunturales a deficiencias aisladas.
10	Toma de decisiones compartida como base de la nueva asistencia sanitaria.	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.).

11	Implementación efectiva de modelos de gestión clínica.	La gestión clínica permite y fomenta una organización funcionalmente más eficiente, una visión transversal de las necesidades y del abordaje de situaciones como la pandemia. Se debe continuar fomentando el modelo.
12	Garantizar la continuidad asistencial como base de una atención integrada, coordinada y centrada en el valor.	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.
13	Movilidad de los profesionales 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.
14	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.
15	Fomentar la ambulatorización de aquellos procesos asistenciales que no requieran las instalaciones de un centro hospitalario.	Es imprescindible limitar el acceso al hospital a aquellos pacientes y ciudadanos cuyo proceso, procedimiento o intervención no puedan ser realizados de forma ambulatoria, en términos de velar por la propia seguridad del paciente y teniendo en cuenta su perspectiva.
16	Disponer de procesos de estratificación poblacional de complejidad para poder usarlos en situaciones de crisis epidemiológica para priorizar la atención, por su importancia en el paciente complejo, así como desde el enfoque de gestión de enfermedades.	Deterioro de los procesos de seguimiento de pacientes crónicos estables, posible incremento de reagudizaciones, despriorización del seguimiento hospitalario.

17	Incrementar la intensidad del seguimiento de los procesos por parte de AP e implantar la teleasistencia a tres:(paciente- ámbito hospitalario-atención primaria).	Mejorar los procesos de seguimiento de pacientes crónicos.
18	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.
19	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.
20	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, intentando alcanzar las máximas competencias en cada estamento y de esta forma ser lo más eficiente posible como equipo.	De especial importancia en las patológicas crónicas y el paciente frágil.
21	Diseñar protocolos de crisis que permitan "intervenir" sanitariamente los centros que no presentan capacidad de abordaje sanitario de situaciones de crisis epidemiológica. Provisión de centros-COVID para trasladar a las personas positivas alojadas en residencias.	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.
22	Reforzar e implantar los procedimientos de vigilancia epidemiológica centrados en Atención Primaria definiendo los recursos necesarios, tanto en este aspecto como en el asistencial, dotando a la Atención Primaria de la capacidad necesaria.	Resolver la Insuficiencia de recursos comunitarios (Atención Primaria y salud pública) para el control, vigilancia y seguimiento de la epidemia.
23	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.

24	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.
25	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.
26	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.
27	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 alineados con la realidad y madurez actual de las tecnologías.
28	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.
29	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 éste sea evitable, acompañados de la información y formación necesarias para una implantación exitosa.	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.
30	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.

31	<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>
32	<p>Implantar modelos analíticos compartidos (Big data, analítica avanzada, inteligencia artificial, ...) de vigilancia epidemiológica, de capacidad asistencial requerida, y de necesidades logísticas, además de indicadores de resultados en Salud ligados a diferentes alternativas terapéuticas que sean una ayuda a los gestores en la toma de decisiones sobre las mismas.</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>
33	<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>
34	<p>Portal de salud accesible a través de APP para dispositivos móviles, con información válida actualizada y comprensible y que incorpora técnicas de diseño persuasivo para aumentar su uso entre la ciudadanía.</p>	<p>Se ha modificado ligeramente la redacción para reforzar la accesibilidad de la información digital.</p>
35	<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 como elemento clave de la continuidad asistencial.</p>	<p>Esta es una de las medidas que tuvo mayor consenso entre el grupo de expertos, y se mantiene introduciendo el concepto de continuidad asistencial como consecuencia del verdadero empoderamiento.</p>

36	<p>Portal de educación y promoción de la salud con recursos adaptados y formatos accesibles diseñados para lograr el máximo uso y adherencia a través de canales de comunicación online (infografías, vídeos, redes sociales...) Incluye "Píldoras de información" con mapas de recursos asistenciales, consejos de salud, actividades saludables, cursos, alimentación, información sobre la pandemia y medidas preventivas ...</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>
37	<p>Interacción y colaboración entre sector salud y sector educativo para incrementar el nivel de alfabetización en salud. <i>Implantar Programas comunitarios 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>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>
38	<p>Incorporación de la perspectiva biopsicosocial en las intervenciones clínicas, sobre todo en enfermedad crónica potenciando la labor de los equipos de enfermería y de las escuelas de pacientes. <i>Los protocolos clínicos incluyen elementos, recursos y recomendaciones para la salud social, afectiva, y la gestión emocional asociada al proceso del paciente.</i></p>	<p>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.</p>
39	<p>Fomentar una verdadera coordinación social y sanitaria; que el Sistema de Servicios Sociales participe en la gestión del paciente social en el entorno sanitario y viceversa.</p>	<p>Se podría implantar la existencia de Gerencias Sociosanitarias de Área.</p>
40	<p>Planificar la necesidad de camas de cuidados medios donde deba prestarse simultáneamente una atención social y sanitaria 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 su ausencia. 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 a su vez no podían ser acogidos en las residencias.</p>

41	Planificar la necesidad de cuidados sociales y sanitarios no presenciales y ambulatorios en régimen domiciliario, hospital de día o de consulta ambulatoria con garantías de seguridad y efectividad. Reforzar el enfoque domiciliario de la atención primaria.	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).
42	Planes para cuidar al cuidador estableciendo ayudas al descanso y apoyo al cuidador principal de pacientes dependientes. Es necesario que los planes de teletrabajo y conciliación de las empresas incluyan la conciliación de cuidados con personas dependientes.	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.
43	Desarrollo de foros de encuentro de profesionales implicados en la atención sociosanitaria, ya pertenezcan al Sistema de Servicios Sociales o al Sistema Sanitario, fomentando el conocimiento mutuo y el trabajo en equipo. Estos foros tienen que tener objetivos claros que permitan que realmente sean operativos, y enmarcados en el Plan/Estrategia Sociosanitario que se desarrolle en la CCAA.	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.
44	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.	
45	Asignación de un interlocutor único (equipo de atención primaria: médico, enfermera y trabajadora social) 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.

46	Equipos sanitarios de residencias con capacidad de prescribir/recetar, centrados en la conciliación farmacoterapéutica.	Médicos y enfermeras.
47	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. Actualizar la legislación básica y de desarrollo por parte de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, que hagan posible la coordinación social y sanitaria.	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.
48	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.
49	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.
50	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 video llamada, telefónica, etc.) va a hacer más necesario aún mejorar las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios para tratar con pacientes institucionalizados o no.
51	Introducir 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.

52	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.
53	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.
54	Consolidar una atención domiciliaria integrada centrada en la persona.	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. Los resultados deben incluir indicadores de calidad de vida, confortabilidad y prevención del cansancio del cuidador.
55	Cambio en el modelo organizativo: Ampliar el ámbito de actuación de la atención domiciliaria en función de las diferentes modalidades de domicilio.	Adaptar la atención domiciliaria a las necesidades reales de las personas y a los distintos ámbitos domiciliarios: residencias, hoteles, albergues, hogares, viviendas tuteladas, 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.
56	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.

57	Adecuar los recursos humanos y materiales necesarios para aportar valor a la atención integral en el domicilio.	La atención domiciliaria debe estar orientada a las necesidades de los pacientes y ser accesible y equitativa. Debe aportar valor a los ciudadanos y asegurar una atención orientada a los resultados, mediante una adecuada inversión de recursos humanos y materiales. La inversión debe ir asociada a resultados en domicilio.
58	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.
59	Potenciar la figura de la enfermera gestora de casos en Atención Domiciliaria y su liderazgo en la gestión de equipos de apoyo para mejorar la coordinación y la colaboración.	Establecer la gestión de casos como mecanismo vertebrador de todo proceso asistencial que incluya el domicilio.
60	Sistematizar la atención domiciliaria de manera proactiva incluyendo promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento de los procesos.	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.
61	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.	Diseño de un mapa de competencias, para la atención domiciliaria, basado en la evidencia y en la excelencia. Desarrollo competencial mediante la incorporación de los profesionales a un itinerario formativo específico que permita alcanzar el mapa previamente definido.
62	Ampliar la oferta de cartera de servicios en el domicilio. Universalizar la hospitalización a domicilio y los cuidados paliativos a domicilio.	Trasladar determinadas prestaciones o procesos, que se pueden realizar de manera ambulatoria, al domicilio. Potenciar la hospitalización a domicilio y los equipos de soporte (paliativos). Potenciar la muerte digna en domicilio como la mejor opción en la mayoría de las situaciones.
63	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.

64	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.
65	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.
66	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 y 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.
67	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.
68	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.).	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.
69	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.
70	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.
71	Incorporar sistemas de medición de impacto de las intervenciones en salud en el ámbito económico, social y medioambiental, considerándose el método SROI (social return on investment) como una herramienta adecuada para tal propósito.	La OMS, en un informe de posicionamiento publicado en 2017, apuesta por el SROI (social return on investment) como una metodología adecuada para evaluar el impacto de las intervenciones en salud. Medir resultados de cambio es relevante para la toma de decisiones, especialmente en situaciones de pandemia. El impacto social tanto para el paciente y el familiar, como para el profesional en la toma de decisiones tiene consecuencias económicas relevantes.
72	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.

73	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.
74	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.
75	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.
76	Integrar en la evaluación de riesgos para la seguridad del paciente los introducidos por las nuevas tecnologías, de acuerdo con nuevas regulaciones como el Medical Device Regulation europeo (MDR, 2017/745), que contempla entre otros el impacto del software en la seguridad del paciente.	La tecnología médica se encuentra en continuo avance, aumentando progresivamente en complejidad. Es necesario que esta nueva tecnología sea segura para el paciente y se encuentre en conformidad con el nuevo marco regulativo de la Comisión Europea.
77	Implantación de estrategias de afrontamiento del malestar emocional del profesional relacionado con la atención sanitaria.	Con la finalidad de proteger la salud mental de los profesionales que se vean sometidos a elevadas cargas de trabajo, en ocasiones, en situaciones traumáticas con altas demandas emocionales.
78	Implantar Planes de Conciliación Familiar del profesional sanitario.	Especialmente importante en el caso de que ambos progenitores sean personal del sector sanitario o social.
79	Reforzar y potenciar los servicios de prevención de riesgos laborales.	En muchos caso infradotados.
80	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.

81	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.
82	Motivar a la obtención de acreditaciones de la calidad con especial énfasis en aspectos de seguridad de pacientes y profesionales.	Valorar mediante certificación (por agencia externa, nacional o internacional) la política de calidad que se tiene en el centro de trabajo. Con ello se tiene en consideración no sólo disponer de medidas de actuación sino reconocer las que se pueden mejorar o nuevas a implantar.
83	Diseño transparente de incentivos en el SNS alineado con la estrategia del mismo que impliquen un resultado de ganancia neta en salud.	Se unen incentivos, estrategia y resultados en salud.
84	Establecer mecanismos de liderazgo participativo y compartido por parte de los directivos. Fomento de la autonomía profesional. Mejora de las herramientas y procesos de comunicación interna.	Se crea una medida específica de liderazgo, que integra una medida sobre comunicación (quizás uno de los componentes esenciales del liderazgo).
85	Implementar incentivos que supongan una diferenciación retributiva basada en la contribución de cada profesional a los resultados de la organización sanitaria y relacionada con la consecución de objetivos.	El mayor grado de implicación con la organización y sus valores y objetivos institucionales debe ser premiado.
86	Promover un clima laboral positivo para los profesionales a través de la participación en la gestión.	Esencial en época de pandemia. Incluye medidas relacionadas con el clima laboral.
87	Poner en marcha medidas de incentivación no económica: modelos complementarios de asistencia, participación en actividades de investigación, mejora de los entornos de trabajo, etc.	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.
88	El sistema sanitario debe flexibilizarse con una adecuada movilidad de personas, estimulando la meritocracia y la competencia. Evaluación periódica de los profesionales asociada a su desarrollo.	El acceso a puestos de mandos intermedios y líderes de proyectos y equipos debe basarse en méritos, capacidad e implicación.

89	Seguir avanzando en la estrategia de compras centralizadas para mejorar los precios por volumen. Crear protocolos de compras para casos de emergencia a nivel SNS y por cada servicio de salud.	Se incluye la elaboración de protocolos de compra para emergencias, que permitan disponer de proveedores, productos, etc.
90	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.
91	Hay que definir la innovación que aporta valor bajo criterios consensuados. Potenciar la evaluación de tecnologías. Definir y establecer mecanismos de financiación extraordinaria para la innovación de alto impacto económico y social y para los casos de enfermedades raras con medicamentos huérfanos.	Se ha modificado ampliando a la potenciación de la evaluación de tecnologías y uniendo otra medida.
92	Creación de reservas estratégicas de productos esenciales. Establecimiento de alianzas y planes de contingencia con proveedores para casos de crisis.	Nueva medida sobre las reservas estratégicas y las alianzas con proveedores.
93	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”.
94	Mejorar las condiciones regulatorias del uso de las nuevas tecnologías de la comunicación y los datos para facilitar la interoperabilidad.	Es necesario que los sistemas y bases de datos sean homogéneos, tanto en el ámbito clínico como de gestión.
95	Desarrollar e implantar planes de eficiencia energética en centros hospitalarios y sanitarios. Promover proyectos como la cogeneración energética y la negociación de tarifas.	Se ha modificado integrando varias medidas (concretamente la negociación de tarifas).
96	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.

97	Promover la gestión medioambiental de forma integral, abarcando el consumo y la generación de energía, y la gestión de residuos, además de la concienciación a la población.	Se ha lanzado un mensaje más ambicioso incorporando la gestión integral.
98	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.
99	Se propone la creación de fondos para inversiones de alto impacto (innovación disruptiva).	Medida para tener la previsión de poder financiar nuevas tecnologías o medicamentos que aporten un gran valor adicional. Ej vacuna frente al Covid.
100	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. Esta medida, se extiende a todos los niveles asistenciales: hospitales, centros de atención primaria, emergencias,...incluyendo la máxima profesionalización de todos los cuadros directivos de la gestión de los dispositivos asistenciales, profesionales de la planificación asistencial, salud pública, agencias de evaluación y gestores de políticas públicas. Sobre las comisiones para esta medida, lo ideal sería un campo legal propuesto por Congreso y Senado, donde se recoja de manera aséptica los diferentes stakeholders que participen: administración estatal, local, pacientes, profesionales....
101	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.

102	Conceder autonomía de gestión a los centros sanitarios para poder desarrollar una gestión clínica potente.	Se ha actualizado la redacción intentando valorar por resultados en salud y no por procesos (altas, bajas, operaciones realizadas...).
103	Creación de un Observatorio de Resultados del SNS (público pero independiente de él) al que se envíe, de oficio por las instancias pertinentes, la información necesaria para hacer públicos y asequibles a todos, los resultados asistenciales con los diferentes niveles de desagregación hasta llegar al de centro, servicio o profesional público.	Es necesario medir los resultados en salud de forma continuada y publicarlos en portales de transparencia. Debemos acordar indicadores que definan lo que indican y cómo, consensuados y aceptados, para que la información, tanto pública como privada, sea comparable y fiable. Es importante trabajar para tener sistemas que permitan calcular los indicadores de manera fácil y automática, evitando la sobrecarga inútil a los centros asistenciales así como sesgos introducidos por intereses particulares, garantizando indicadores robustos y fiables.
104	Tener el Plan de Salud Actualizado en contingencias frente a Epidemias y Pandemias.	Nueva medida concreta.
105	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.
106	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. El Portal de Salud Pública debe recoger los indicadores de salud y su evolución, además de los datos epidemiológicos, de tal manera que reflejen también el impacto de las políticas de todos los ámbitos de un gobierno. La OMS establece en su documento Health in all Policies esta importante consideración pues su ineficacia aumenta la presión sobre los sistemas sanitarios. La sostenibilidad sanitaria, sus indicadores de salud y de presión asistencial están condicionadas por elementos como el empleo, la política medioambiental, de movilidad o de educación, entre otros.



**ECONOMÍA Y SALUD  
FUNDACIÓN**





ECONOMÍA Y SALUD  
FUNDACIÓN



@feconomiaysalud

[www.fundacioneconomiaysalud.org](http://www.fundacioneconomiaysalud.org)