

FORO DE TRANSFORMACIÓN SANITARIA:

# Construyendo la sanidad del futuro

26-28 SEPTIEMBRE 2013



Con el patrocinio de:



Los contenidos del presente Informe del Foro de transformación sanitaria: Construyendo la sanidad del futuro (a excepción de las imágenes, cuyos derechos son propiedad de sus propietarios) están sujetos a una licencia **Creative Commons de Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional**.

Se permite la reproducción, distribución y comunicación pública siempre que se cite la autoría (DBS Health) y no se haga un uso comercial. Puede consultarse la licencia completa en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

<h1>01</h1> <p><b>Justificación.</b></p>	<h1>02</h1> <p><b>Situación de partida:</b> ¿cómo vemos el modelo sanitario hoy?</p>
<h1>03</h1> <p>¿Por qué es necesaria una <b>transformación</b> del <b>actual modelo asistencial</b>?</p>	<h1>04</h1> <p>¿Cuál es el impacto de las diferentes intervenciones posibles en el modelo de asistencia actual? ¿Por qué no es suficiente centrarse en las políticas de corto plazo? ¿Hay alternativas?: <b>La transformación.</b></p>
<h1>05</h1> <p>¿Estamos solos en este viaje? ¿Cómo están actuando los <b>sistemas sanitarios de referencia</b>?</p>	<h1>06</h1> <p>Aproximación a diferentes <b>herramientas y modelos</b> para <b>transformar sistemas sanitarios.</b></p>
<h1>07</h1> <p>¿Y tenemos <b>métodos de gestión</b> que nos ayuden en la tarea de la transformación: en la priorización de actuaciones, en su desarrollo? ¿Qué más necesitamos tener presente para elaborar nuestro propio plan organizativo para la transformación?</p>	<h1>08</h1> <p>Explorando la <b>planificación</b> y gestión del proceso de transformación del modelo asistencial.</p>
<h1>09</h1> <p>La transformación de sistemas hoy: <b>lecciones de implementación.</b></p>	<h1>10</h1> <p><b>Conclusiones.</b></p>

Acceso directo a cada apartado haciendo click en el título.

---

# 01

## Justificación.

---

---

Los sistemas de Salud están hoy en plena **transformación**. Los retos demográficos y epidemiológicos, sumados a la crisis financiera y presupuestaria de estos últimos años reclaman **nuevos modelos de prestación de servicios sanitarios y sociales** para asegurar su **sostenibilidad a futuro**. **Son los cambios más importantes de los últimos 30 años.**

Lo positivo de esta situación es que puede convertirse en una **oportunidad única para los responsables políticos y técnicos del sector**, así como, para el resto de agentes del Sistema Nacional de Salud.

“Se necesita **crear y estructurar espacios** para el **aprendizaje continuo** y el **trabajo compartido** de profesionales sénior del sector”



Sin embargo, para conocer el alcance de esta transformación será necesario **comprender y participar en el cambio de paradigma. Un nuevo modelo asistencial** capaz de dar respuesta a los retos de manera sostenible **está surgiendo** gracias a una serie de **cambios organizativos y tecnológicos**, aunque los resultados son positivos y la evidencia a favor creciente, **su implantación es muy lenta.**

## “Los sistemas de salud están hoy en plena transformación”

La presión sobre los responsables sanitarios por encontrar modelos más eficientes es creciente y por lo tanto la búsqueda de nuevas soluciones no sólo crecerá exponencialmente sino que ocurrirá de forma global. En este contexto de cambio, Deusto Business School Health (DBSH) detecta la necesidad de crear **un espacio de trabajo compartido, dirigido a profesionales sénior del sector salud** que **facilite y estimule un proceso estructurado de aprendizaje continuo** y contribuya a avanzar más rápido en el proceso de transformación y cambio de los sistemas sanitarios, en la **búsqueda de nuevos marcos de gestión.**

Se entiende por **profesional sénior** del sector, el perfil de una persona que acredita **conocimiento profundo del sistema sanitario y** que además **desempeña**, en la actualidad, **funciones de alto nivel de responsabilidad en el sector** (dirección general, secretaría general, viceconsejería o gerencia).

El objetivo del Foro es procurar un **aprendizaje** mayoritariamente proveniente **de la interacción** entre sus miembros **y de contenido eminentemente técnico.**

Para el desarrollo de esta iniciativa DBSH ha contado con la colaboración de **NOVARTIS.**

El presente documento recoge las **reflexiones** que el grupo constituyente del Foro realizó durante los **tres días de trabajo** que celebró en Bilbao los pasados 26,27 y 28 de septiembre.

**El foro nace con vocación de continuidad y de integrar a miembros adicionales** que, por diferentes razones, no tuvieron la oportunidad de reunirse durante los días señalados.

# 02

## Situación de partida: ¿cómo vemos el modelo sanitario hoy?

El **Sistema Nacional de Salud** se enfrenta hoy a una situación compleja:

- De un lado, **una financiación potencial escasa o insuficiente** para mantener el actual nivel de cobertura y prestación.
- De otro, **un cambio sustancial en el “mercado” sanitario a atender** que se concreta en que cada vez vivimos más tiempo (gracias, en parte, al desarrollo que han experimentado los sistemas sanitarios desarrollados en los últimos 30 años), lo que significa que la pirámide poblacional se va invirtiendo y cada vez existe un mayor número de personas de edad avanzada y con patología eminentemente crónica.

Ambas situaciones nos coloca en un **escenario político de necesaria toma de decisiones.**

Sin embargo, la priorización de respuestas a ambas situaciones nos puede situar ante **diferentes alternativas de intervención**, con **diferentes escenarios temporales** y con **diferentes impactos en el futuro del sistema sanitario.**

De manera inconsciente, la escasez de recursos económicos nos lleva a explorar en primer término, **medidas de adelgazamiento del sistema sanitario** con el objetivo

de reducir sus costes. Este tipo de intervenciones presentan **resultados económicos inmediatos** y, debido a la situación de urgencia económica, está siendo la principal vía de actuación por parte de la mayoría de los sistemas sanitarios.

## “Los líderes sanitarios están obligados a gestionar una doble agenda: corto y medio plazo”

**Intervenciones** como la introducción de **copagos en algunos servicios sanitarios, reducción de financiación en otros, búsqueda y eliminación de ineficiencias de funcionamiento, disminución del colectivo de personas con aseguramiento público, reducción de gastos laborales** o fomento de **compras centralizadas**, entre otras, son algunas de las medidas de **corto plazo** tomadas en búsqueda del adelgazamiento de los costes del sistema sanitario.

Todas estas medidas **impactan en distinta medida en los diferentes agentes y colectivos que forman parte del sistema sanitario**: gestores sanitarios, proveedores, profesionales, pacientes y sus asociaciones y, sin embargo, no consiguen cambios estructurales en el modelo de atención sanitario.

Parece como si el **empoderamiento de la situación financiera** y la **urgencia del corto plazo nos tuviera “atrapados”, justificando** la mayor parte de la **toma de decisiones** y empleando la mayor proporción del **tiempo de los decisores políticos sanitarios**.

**Esta realidad no nos deja tiempo para pensar, con el sosiego** que la actual situación requiere, **otras intervenciones** que es necesario llevar a cabo para dar respuesta a los grandes cambios que se están dando en el “mercado” y que demandan, urgentemente, la definición de **nuevos modelos de asistencia, provisión y atención más adaptados, eficientes y de mayor calidad**.

Estas últimas intervenciones presentan un impacto en **resultados más dilatado en el tiempo**. La definición de nuevos modelos de atención requiere abordar un cambio cultural, avanzar en la integración de los cuidados, modificar las estructuras, los procesos internos y los sistemas de información, incorporar nuevas tecnologías, personalizar la atención según nivel de riesgo, alinear el sistema de financiación e incentivación con los objetivos finales, promover la cultura de la innovación y la evaluación y trabajar, entre otros, la corresponsabilidad de los usuarios del sistema sanitario y la activación de pacientes.

Los rapidísimos cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos, económicos, de expectativas ciudadanas, etc., harán que el desequilibrio de financiación se agudice si NO se transforma el modelo de provisión actual y por tanto, una **doble agenda de gestión de corto plazo** (medidas de adelgazamiento del sistema) **y de medio-largo plazo** (medidas estructurales de cambio de modelo) **parece inevitable para garantizar la sostenibilidad del sistema**.

### GESTIÓN SIMULTÁNEA DE LA CRISIS Y LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD



**AJUSTAR**  
Estrategia a corto plazo

**GESTIÓN DE LA CRISIS**  
FARMACOS:  
Marca a genérico  
RECURSOS HUMANOS:  
Salarios  
TECNOLOGÍAS:  
Desinversión

**TRANSFORMAR**  
Estrategia a medio-plazo

**TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL**  
Gestión proactiva de crónicos  
Cuidados integrados  
Empoderamiento de pacientes...



Por tanto, **este FORO estima que estamos ante un momento crítico para los sistemas sanitarios. Según cómo lo afrontemos podemos vernos “atrapados” en el corto plazo y dibujar un escenario futuro “poco atractivo”, o por el contrario, aprovechar la red de alianzas con diferentes agentes que hoy tienen algo que decir sobre el futuro del sistema sanitario y ser agente dinamizador para la reformulación del sistema sanitario futuro.**

Por ello, **este FORO se posiciona como un agente movilizador y transformador** y cree que, a pesar de las dificultades actuales, se pueden imaginar vías de actuación que permitan seguir atendiendo las necesidades futuras con unas disponibilidades económicas que no aumenten en proporción.

**En la consecución de esta tarea radica la razón del ser de este FORO.**

**“Los retos son enormes y la financiación potencial escasa: urge la toma de decisiones”**



## 03

# ¿Por qué es necesaria una transformación del actual modelo asistencial?

En un contexto de profunda crisis económica y de reducción del gasto público los responsables sanitarios públicos se ven presionados por ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de salud de la sociedad. La búsqueda de soluciones ocupa la mayor parte de su tiempo y a menudo, se abordan sin una reflexión serena que ayude a priorizar la urgencia de cada intervención.

Por ello, el FORO consideró crítico, **reflexionar conjuntamente sobre los POR QUÉS de un cambio en el modelo actual? ¿Estamos seguros de que es necesario cambiar el modelo asistencial que tenemos hoy? ¿Por qué?**

**“El contexto externo ha cambiado radicalmente”**

**Las razones son varias, variadas y de peso.** Hace un siglo, menos del 1% de la población alcanzaba la edad de los 100 años, mientras que hoy, el 30% de los nacidos serán, previsiblemente, centenarios. Las previsiones oficiales auguran un aumento de la población mayor de 65 años para 2049 significativo, pasando del 17% en 2010 a situarse en el

33%. El **aumento de la longevidad** se asocia a un aumento de probabilidad de padecimiento de nuevas enfermedades crónicas, si bien, éstas no son exclusivas de la población anciana sí que con el paso de los años aumenta su incidencia.

Cada vez hay más enfermos crónicos y más complejos. La epidemiología nos muestra que la **evolución de la epidemia de las principales patologías crónicas** (diabetes, enfermedades cardiovasculares.....) avanza más rápido que nuestra capacidad de reacción ante ellas. Este hecho, además, es común a todos los sistemas sanitarios.

Por tanto, el sistema sanitario poco a poco está atendiendo y deberá atender a una población con necesidades diferentes a la que motivó la configuración y organización de su actual modelo de funcionamiento. Un modelo que se caracteriza por su **complejidad**. Al principio del siglo pasado, había poca comprensión de las enfermedades. En 1950 ya se había avanzado mucho en los diagnósticos y los últimos 50 años han supuesto una explosión de conocimiento sobre cómo tratar y cómo manejar muchas enfermedades. Hoy sabemos que nuestro cuerpo puede fallar de 13.500 formas diferentes, y por tanto, los centros sanitarios manejan esa cantidad de diagnósticos, para cada uno de los cuales existe algún tipo de tratamiento: 4.000 procedimientos quirúrgicos y clínicos además de las intervenciones preventivas y unos 6.000 medicamentos.

Esto significa que el **sistema sanitario realiza millones de actos clínicos al año** y que por lo tanto, maneja una cantidad ingente de información.

¡¡Pensemos en una industria con 13.500 líneas de servicio/producto ofreciendo respuestas 24 horas del día por 7 días semana, todas las semanas del año!! Y además, **esta complejidad se debe atender lo más rápido posible, con buena calidad y de la forma más humana posible**.

Nuestro cuerpo funciona como un sistema y cuando se desregula una parte, empieza a hacerlo otra. Hace 25 años hacía falta dos clínicos de media para atender a una persona compleja en un hospital, hoy los estudios indican que son necesarias una media de 20 personas debido a la complejidad de la medicina y de los pacientes.

Sin embargo, nuestro sistema sanitario no funciona como nuestro cuerpo, con visión de sistema. Constatamos hoy que **los cuidados están desintegrados, existiendo una elevada fragmentación** que se extiende **a lo largo del continuo de atención requerido** en el nuevo contexto **y que incluye también, al ámbito de prestación de cuidados y servicios sociales**.

**“El sistema actual no fue diseñado ni está preparado para responder a estos cambios con calidad, ni a un coste posible”**

Asimismo hemos desarrollado **un sistema de atención reactivo ante la enfermedad y poco preparado para anticipar las demandas de atención**. Esta realidad responde, en parte, al sistema de planificación, de gestión, de financiación y de evaluación que tradicionalmente ha venido desarrollando nuestro sistema sanitario y que se ha caracterizado por una **financiación y gestión de estructuras aisladas sin visión «sistémica» de la salud**.

El sistema sanitario ha contribuido a crear **pacientes pasivos que van poco a poco aumentando sus expectativas en relación al propio sistema**, cuya máxima expresión en



España es una frecuentación de servicios sanitarios muy por encima de la media del resto de países de nuestro entorno.

Además de los retos demográficos, epidemiológicos, de complejidad, de organización y funcionamiento interno, etc., hoy nos enfrentamos a un nuevo escenario en el que la principal **ecuación de funcionamiento ha variado**. Durante muchos años la ecuación en el sistema de salud era muy simple: el valor provenía de los profesionales, las tecnologías y los medicamentos. Cuando se requerían más servicios se aumentaba el número de personal, se incorporaba nueva tecnología y se dispensaban más medicamentos. Ahora queremos más **servicios** porque ha envejecido la población, hay más enfermedades crónicas, etc. **pero no disponemos de recursos en proporción**.

El reto es, por lo tanto, **usar lo que tenemos de forma mucho más eficiente, y no solo durante esta crisis, sino para siempre**.

Teniendo claro cuáles son algunas de las principales causas de buscar nuevos modelos de atención, el FORO tuvo ciertas dudas para responder a una cuestión fundamental: **¿Son estas las verdaderas razones que están detrás de los cambios que están realizando los sistemas sanitarios, o por el contrario, está siendo la crisis económica la que está liderando la agenda del cambio hoy?**

Aun siendo conscientes de la complejidad de los retos y la necesidad de ofrecer respuestas, la realidad es tozuda y nos demuestra que hoy los diferentes sistemas sanitarios invierten la mayoría de su tiempo en la definición y desarrollo de intervenciones focalizadas en la obtención de respuestas a corto plazo.

**Por ello, el Foro se marca como objetivo trabajar conjuntamente para evolucionar progresivamente esta tendencia, hacia otra en la que la definición y desarrollo de intervenciones que nos permitan evolucionar hacia un nuevo modelo de prestación sanitaria ocupe la mayor parte del tiempo de los planificadores y decisores sanitarios.**

## 04

¿Cuál es el impacto de las diferentes intervenciones posibles en el modelo de asistencia actual? ¿Por qué no es suficiente centrarse en las políticas de corto plazo? ¿Hay alternativas?:  
**La transformación.**

Reflexionando sobre las causas que justifican el cambio parece más sencillo realizar una valoración objetiva de las intervenciones que se están dando hoy en los sistemas sanitarios.

No parece razonable pensar que una organización que se enfrenta a esa complejidad puede ser la misma que se enfrentaba a los retos del siglo pasado.

Tampoco parece sensato pensar que interviniendo, exclusivamente, sobre variables de financiación (como puede ser el establecimiento de copagos), o de racionalización de

prestaciones, o sobre colectivos con derecho a aseguramiento público, se pueda ofrecer una respuesta definitiva a tanta complejidad.

“Hay que **TRANSFORMAR el modelo asistencial** y prepararlo para dar respuesta al tipo de atención que hoy se necesita a un **coste sostenible**”

Adicionalmente, las medidas citadas tampoco crean “incentivos” positivos para que, por ejemplo, los pacientes aprendan a cuidarse mejor o para que los gestores busquen reducir ineficiencias. En definitiva, **parece que explorar soluciones a los retos del sistema sólo en “factores extrínsecos” al modelo sanitario (su financiación, su cartera de prestaciones, sus asegurados....) no sea suficiente para responder a los complejos retos de futuro.**

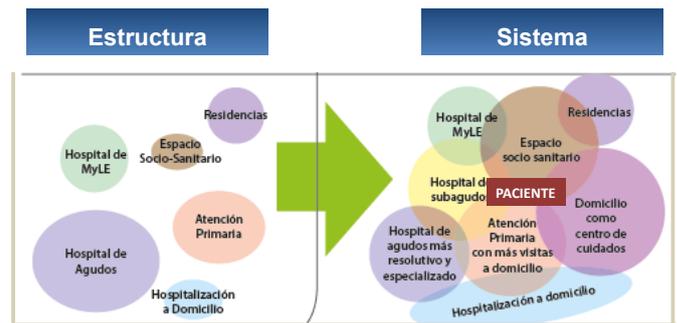
Por ello, **el FORO se cuestiona si existe margen de maniobra para explorar “factores intrínsecos” que ofrezcan soluciones.** A modo de ejemplo, **¿podríamos explorar cambios en la actual provisión de los servicios sanitarios, explorando diferentes modelos de colaboración para mejorar la eficiencia interna? ¿Es factible hacerlo? ¿Cómo se puede avanzar?**

Este nuevo escenario el FORO lo describe como el **“escenario de transformación”.**

Y, ¿qué significa una transformación del sistema sanitario? Pues **un cambio profundo en el modelo organizativo interno.** Cambio que significa lo mismo en Galicia, en Madrid, en Castilla León o en Navarra...y por tanto, un proyecto que nos **UNE a todos y nos MOTIVA para avanzar.**

**Y ¿qué VISIÓN presenta este nuevo escenario?**

## TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE PROVISIÓN



Deusto Business School Health

Se trata de avanzar en el desarrollo de un nuevo modelo asistencial que evolucione desde el actual centrado en la gestión de estructuras a otro donde se gestione **SISTEMAS DE SALUD CENTRADOS EN LAS PERSONAS**, esto es, que evolucione desde su actual fragmentación hacia la **continuidad asistencial**; que esté más **adaptado a las necesidades del paciente** y se organice en torno a él; que optimice las estructuras existentes e **incluya el hogar y su entorno comunitario como centro de cuidados prioritario**; que sea más **proactivo en la atención**; más **preventivo**; que trabaje en conseguir **pacientes más responsables y empoderados en el conocimiento y gestión de su enfermedad**; que integre **nuevos desarrollos tecnológicos** en la prestación asistencial facilitando el cuidado y seguimiento de la atención y la optimización de procesos burocráticos **permitiendo a los profesionales añadir más valor al sistema.**

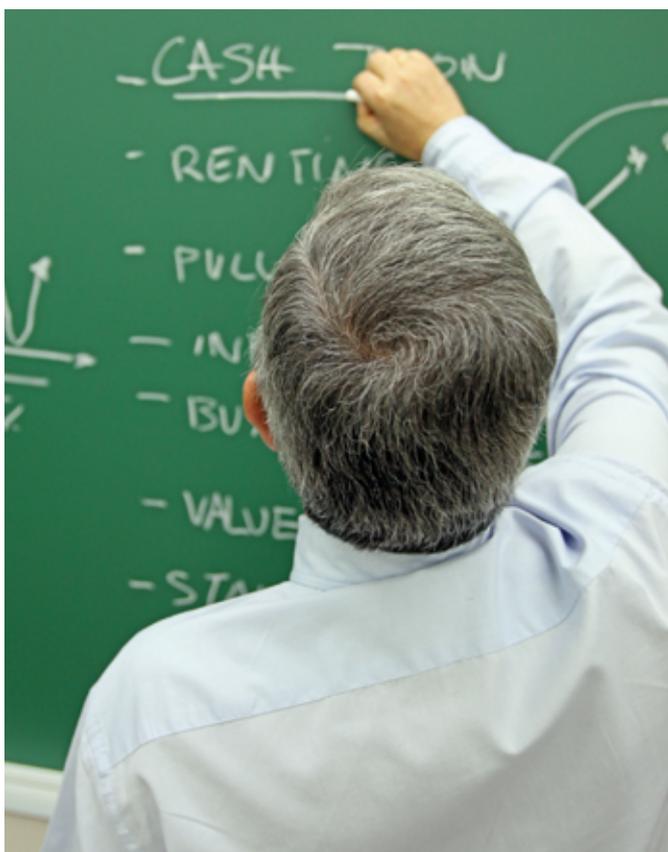
“Los retos son muy complejos, las soluciones no son simples”

**El FORO entiende que avanzar juntos, aprendiendo unos de otros de las experiencias de éxito en esta dirección nos sitúa en un escenario de trabajo motivador para los planificadores y decisores sanitarios** (especialmente en el actual contexto de crisis económica),

en tanto en cuanto genera estímulos para el desarrollo de propuestas de intervención que se puedan implementar y que nos permita visualizar un futuro sistema sanitario que siga abanderado sus valores clave: universal, equitativo y de calidad. **El FORO entiende que estamos en un momento histórico para el futuro del sistema sanitario.**

En el desarrollo de este proceso de transformación el FORO intuye que el modelo sanitario resultante no sólo aportará mayor calidad de cuidados y, por tanto, mejorará las necesidades de atención de la población, sino que en dicho recorrido mejorará también la eficiencia interna como consecuencia de una organización diferente y la utilización de nuevas herramientas y capacidades disponibles hoy.

**La segunda oleada de eficiencias (tras la gestión del corto plazo) emergerá de la transformación del modelo asistencial,** de su evolución desde el complejo sistema de prestación de servicios sanitarios y sociales actual hacia otro más simple, adaptado a las nuevas necesidades que pueda ser desarrollado por perfiles profesionales menos complejos, mejor coordinado y prestado a través de nuevos servicios gracias al desarrollo tecnológico.



# 05

## ¿Estamos solos en este viaje? ¿Cómo están actuando los sistemas sanitarios de referencia?

Los retos son MULTIDIMENSIONALES y las soluciones unidimensionales no parece que sean la respuesta definitiva. Los países que están avanzando más rápido y son referentes de los que aprender tienen en común la meta final: todos quieren enfrentarse a los retos de manera diferente y todos están apostando por la transformación del modelo asistencial.

**“Hay muchos sistemas sanitarios avanzando en la transformación”**

**Holanda, Irlanda del Norte, Escocia, EE.UU, Nueva Zelanda, entre otros, son países que han iniciado el viaje de la transformación.** El origen del cambio en cada uno de ellos es diferente. Así, por ejemplo, en Holanda un país que se caracteriza por un sistema de aseguramiento y provisión privada, se enfrenta a un modelo que resulta muy caro hoy. Por ello, entienden que deben buscar un modelo

de prestación diferente y lo están explorando a través del desarrollo de competencia interna. Escocia, está abanderando una visión de sistema sanitario más seguro para el paciente, centrado en sus necesidades de salud y de prestación más próxima a su domicilio. Con este objetivo ha iniciado el cambio de su modelo buscando una colaboración muy estrecha con el sector social en la definición de un modelo de atención integral que sume las sinergias sanitarias y sociales.

### ¿Y qué tienen en común todos estos países? ¿Presentan algún factor diferencial?

Todos ellos han generado un **RELATO ATRACTIVO** con el que iniciar el cambio. Las experiencias que hoy están siendo reconocidas “de éxito”, a modo de ejemplo, por la Comisión Europea en la denominación de “reference site”, basan su trabajo en un relato complementario al del ajuste o la insuficiencia de recursos. El relato, a pesar de la actual situación de crisis, no es la contención del gasto o el adelgazamiento del sistema, sino que el relato **SE CENTRA EN LOS PACIENTES** (mejorar la seguridad clínica, la atención a la cronicidad, incrementar la cobertura para no asegurados.....).



- OFRECER UN **“RELATO” SUGERENTE**

- ✓ **ESCOCIA:** LA SEGURIDAD CLINICA
- ✓ **EE.UU:** LA COBERTURA PARA NO ASEGURADOS
- ✓ **PAÍS VASCO:** LA CRONICIDAD
- ✓ ...

SON RELATOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE ....

- LA CONTENCIÓN DEL GASTO NO ES UN RELATO SUGERENTE.

Deusto Business School Health

Argumentar el proceso de cambio, que es muy complejo y va a requerir mucho esfuerzo en las bondades que presenta para los pacientes es clave. Primero, porque el capital político

de todos los planificadores y decisores políticos está alineado con la razón de ser del desempeño de un puesto público (servir al ciudadano), porque esto llevado a la práctica en el sector sociosanitario eleva su impacto al máximo de población de referencia y porque, en el ejercicio de ese cambio, hay muchos agentes y compañeros de viaje en el sector que también alinean su desarrollo profesional con la razón de ser de su actividad.

No cabe duda que los profesionales que trabajan en el sector salud decidieron en algún momento de su vida focalizar su actividad en un sector donde las personas en general y los pacientes en particular formarían parte de su día a día. Unir sus esfuerzos a la causa de la mejora de la atención y el cuidado no debería ser complejo. Estas alianzas, si el paciente está en el centro, se pueden visualizar también con proveedores, asociaciones de pacientes, etc. **En definitiva, hay muchos agentes que cada día trabajan por mejorar la atención sanitaria y social de las personas. Debemos ser capaces de alinearlos.**

## “Es necesario construir un relato sugerente que guíe la transformación”

Adicionalmente si se analizan los elementos comunes que tienen las experiencias avanzadas y de éxito, se observa que todas ellas empiezan a explorar formas de **organización internas en “sistemas” locales**, esto es, buscan trascender



el actual modelo de gestión de estructuras sanitarias a través de las cuales transita hoy el paciente, por modelos de prestación **que razonan en términos de sistema y con visión poblacional**, es decir, los diferentes agentes que tienen responsabilidad y capacidad para dar atención y cuidados a los pacientes, tratan de organizarse y coordinarse aportando cada uno el mayor valor según su capacidad y coste-efectividad. A modo de ejemplo, en Holanda este modelo organizativo se denomina "care groups", en EEUU, "accountable care organizations", en Escocia "managed clinical networks", en Inglaterra "integrated care pioneers", en Irlanda del Norte "integrated care partnerships", etc.

Pero para llevar a cabo estos cambios, también se conoce hoy que es necesario realizar multitud de intervenciones. El cambio no es sencillo, porque los retos tampoco lo son. Sin embargo, **cada vez se conocen más CÓMOS**, más intervenciones **que** además, **presentan cada vez una evidencia creciente en favor de mejoras para el paciente y de eficiencias para el sistema.**

Por ejemplo, cada vez hay más evidencia que indica que **hay enfermedades que son "sensibles" a una gestión dirigida desde la atención primaria** vs. otras estructuras más caras (como los centros hospitalarios) y sin embargo, seguimos financiando mucho en dirección contraria<sup>1</sup>.

Cada vez hay **más progreso tecnológico** que posibilita realizar modificaciones en el proceso de atención y con el paso del tiempo se han producido **innovaciones organizativas dentro y fuera del sistema sanitario** que permiten hacer algunos de los cambios requeridos.

Hoy se conoce que un **paciente activado con participación en el manejo y control de su enfermedad** mejora sus resultados clínicos y al sistema le resulta entre un 8% y un 21% más barato<sup>2</sup>.

También se sabe que **los resultados del sistema mejoran cuando los profesionales presentan una implicación mayor**<sup>3</sup>.

Y, **¿cómo están consiguiendo estos sistemas locales mejorar la calidad y reducir los costes?** Por medio de esfuerzos sistémicos que tienen que ver, entre otros, con:

- **Capacidades del sistema:** desarrollo de nuevos mix profesionales, reducción/conversión de capacidad actual, uso de tecnologías de la información.
- **Pacientes:** informando mejor, formándoles, estratificando y realizando targeting en las intervenciones.
- **Procesos:** aumentando la coordinación de cuidados, gestionando proactivamente a los pacientes crónicos, gestionando un sistema de recordatorios, desinvirtiendo en aquello que no aporta valor clínico, incluyendo y sistematizando la cultura evaluativa.
- **Profesionales:** alineando incentivos, facilitando el acceso a información clínica y de gestión de modo inmediato.

A pesar de existir gran variación en la configuración de los modelos locales, todos ellos coinciden en proveer o gestionar el continuo de cuidados en un sistema integrado, tienen un tamaño suficiente para poder medir el rendimiento global en el área de intervención y son capaces de retener y redistribuir ahorros conseguidos, es decir, autogestionan parte de las eficiencias alcanzadas.

**Sin embargo, los cambios se están produciendo más lento de lo esperado. ¿Por qué?**

- En parte porque el **actual modelo de financiación e incentivación económica que tienen hoy los provisosores de asistencia sanitaria**, incentiva el desarrollo de actividad y no la mejora de salud. En este punto hay un recorrido de mejora importante.
- Porque a los individuos **nos cuesta romper las inercias.**
- **Porque los cómo y las propuestas de solución**, se nos presentan de manera desestructurada y es muy difícil disponer de un espacio compartido para conocer todas las propuestas, valorarlas y evaluarlas para incorporar cambios y mejoras en la propia experiencia de cada sistema.

En este sentido, el **FORO es un ejemplo de búsqueda de esos espacios para co-crear juntos y para ir aprendiendo más rápido en el propio proceso de transformación.** No sólo países de nuestro entorno empiezan a tener experiencias de éxito que compartir sino que entre nosotros, entre las **comunidades autónomas, hay mucho camino emprendido** que nos beneficia a todos conocer.

<sup>1</sup>En 2012 el IOM publica estos resultados para algunas patologías, entre las que figuran: el cáncer, la diabetes, la hipertensión, el EPOC, el asma, la neumonía, entre otras.

<sup>2</sup>Hibbard JH, Greene J, Overton V. Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' 'scores'. Health Aff (Millwood). 2013 Feb;32(2):216-22.

<sup>3</sup>West M, Dawson J. Employee engagement and NHS performance. The King's Fund: 2012.

Así, las diferentes comunidades autónomas están desarrollando planes, y estrategias macro de cambio, están implementando diferentes experiencias locales de cuidados integrados, de empoderamiento de pacientes, nuevos modelos de financiación, etc. que no se conocen entre ellas como pudo constatar el FORO.

Por tanto, **hay muchos QUÉS y CÓMOs desarrollándose y probándose. El FORO quiere visualizarse como el espacio en el que volcar de manera organizada y estructurada toda la evidencia que se va generando en este proceso de modo que aporte valor para sus miembros. Esta evidencia provendrá de otros sistemas y, también, del intercambio de conocimiento y experiencias entre pares, entre los propios miembros del FORO.**



---

# 06

## Aproximación a diferentes herramientas y modelos para transformar sistemas sanitarios.

---

---

Que hay muchos qué y cómo probándose en el ámbito de la gestión sanitaria es un hecho, pero muchas veces, no nos paramos a escuchar qué nos dicen y qué esperan los agentes destinatarios de todas las intervenciones de mejora de la salud: **LAS PERSONAS, LOS PACIENTES.**

A los planificadores y decisores sanitarios les cuesta realizar esta reflexión en los pies de un paciente. **¿Cómo es hoy el tránsito de un paciente por el sistema sanitario?**

“La **transformación** encuentra como aliados al resto de agentes y a los propios pacientes”

Inconscientemente se valora al sistema (desde los puestos de gestión), como un sistema sólido que ofrece una buena respuesta de atención y para el que la mayoría de la ciudadanía emite una valoración general positiva, de estima y de deseo porque al menos se mantenga en los ratios actuales. Esto no es ningún juicio de valor sino la valoración general que emite la ciudadanía sobre el Sistema Nacional de Salud que hoy disfrutamos en las diferentes encuestas públicas de satisfacción.

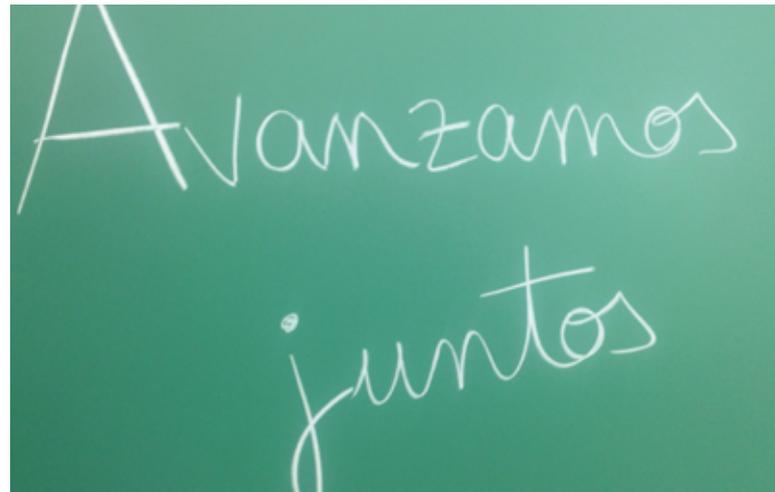
Sin embargo, cuando cada uno de nosotros interpretamos el rol de un paciente, vemos que el recorrido de mejora es amplio y que, además, está muy alineado con las necesidades de cambio e intervención que ya han sido descritas a lo largo de este informe desde una justificación de planificación y gestión.

¿Tenemos hoy los pacientes acceso a nuestra historia clínica? ¿Qué experiencias hemos vivido cuando la hemos solicitado? Si es de nuestra propiedad, ¿la podemos consultar a cualquier hora como consultamos nuestra información financiera o realizamos la gestión de nuestras vacaciones? ¿Está el sistema sanitario hoy preparado para gestionar la transparencia en el año 2013?

**“Además hoy sabemos que hay muchas intervenciones para avanzar en la transformación que arrojan evidencia positiva”**

¿Disponemos hoy los pacientes de algún tipo de contacto permanente con el sistema sanitario al que poder preguntar sobre nuestra historia clínica, sobre su contenido, sobre su interpretación: un teléfono de contacto, la opción de formular una consulta web...? ¿Qué hay de la gestión de nuestra ansiedad ante la espera de unos resultados propios o de un familiar? ¿Y sobre la seguridad personal de un buen entendimiento del problema de salud?

Cuando ante un problema serio de salud hemos acudido a un hospital, ¿hemos constatado que la información sanitaria generada ha podido ser vista por nuestro médico



de primaria? ¿Constatamos que ambos profesionales han hablado sobre nuestro problema de salud, sobre cómo hacer su seguimiento?

Ante una enfermedad crónica, ¿nos gustaría que el sistema sanitario controlara y observara su avance cuando no estamos en contacto con el centro de salud, con los profesionales sanitarios... cuando estamos en nuestra casa, en nuestra vida diaria? Pasamos mucho tiempo a solas con nuestra enfermedad crónica, nuestro cuerpo se descompensa “poco a poco”, su control es bueno por razones clínicas para el paciente, pero también para el sistema, por reducción de intervenciones más tardías y más costosas.

¿Nos gustaría conocer más sobre nuestra enfermedad y poder tener un mayor control de la misma? Cuando la enfermedad avanza y precisamos de mayor atención y cuidados: ¿nos gustaría que los recursos sanitarios y sociales existentes se orientaran para facilitar complementariamente y coordinadamente el cuidado que necesitaríamos?

**Los miembros del FORO detectan muchas áreas de mejora en este sentido. El tránsito hoy no es el mejor posible:** “te sientes sólo en algunos momentos”, percibes muchas duplicidades, a veces inseguridad, otras variabilidad, fragmentación, poco transparente, burocrático, muchos profesionales, “un sistema no organizado para mí”, a veces

lento, con sistemas de pagos y cobros diferentes, con horario de atención poco flexibles....

**Sin embargo, sabemos cómo podemos mejorarlo, conocemos muchos CÓMOS:** formación y activación de pacientes, historia clínica unificada, medicina no presencial, telecuidados, integración de cuidados (nuevos roles profesionales, continuidad de cuidados, trabajo en equipo....), coordinación sociosanitaria, estratificación poblacional,...

Y sabemos también por dónde podemos empezar. **Hoy, en torno a un 10% de la población consume el 61% de los recursos económicos sanitarios y el 98% de los recursos hospitalarios.** El sistema sanitario genera muchos datos, pero gestiona muy poca información y menos conocimiento para la toma de decisiones.

Sabiendo lo anterior, los planificadores y gestores sanitarios necesitan un instrumento que les permita identificar con visión poblacional el conjunto de personas con mayor riesgo para poder apuntar con mayor garantía de éxito en sus intervenciones. Esto es, se necesita avanzar hacia una medicina proactiva por el bien de los pacientes y por la sostenibilidad económica del sistema.

Por tanto, **desde una lógica de pacientes, también se descubren varios CÓMOS en los que avanzar para conseguir un sistema sanitario más proactivo y que ofrezca continuidad de cuidados:**

- Trabajando de manera estructurada la **activación de pacientes.**
- Desarrollando herramientas que permitan una mayor **integración y continuidad de cuidados** entre los diferentes niveles asistenciales (primaria, hospitalaria...) y el nivel social: nuevos roles profesionales.
- Evolucionando hacia la **era digital y tecnológica** (historia clínica, telecuidados, medicina no presencial).

Parece que el escenario de transformación encuentra también como aliados a los propios pacientes.

---

# 07

¿Y tenemos **métodos de gestión** que nos ayuden en la tarea de la transformación: en la priorización de actuaciones, en su desarrollo? ¿Qué más necesitamos tener presente para elaborar nuestro propio plan organizativo para la transformación?

---



Para llevar a cabo un proceso complejo como el que se está detallando, se precisa de pautas y métodos que ayuden a los planificadores y gestores sanitarios a elaborar un plan de acción estructurado, coherente y viable.

En este sentido, es clave para un planificador y decisor sanitario conocer cuáles son las **palancas de gestión** sobre las que puede intervenir en su organización, **quiénes son los agentes que también pueden participar en el cambio** y cuál **es horizonte temporal que pueden manejar**.

La evidencia ya apunta algunas conclusiones en la utilización de estas tres variables que mejor resultan en un proceso de cambio y transformación.

Así, aunque a veces nos cuesta mucho trabajar juntos, contar con todos los agentes implicados en los diferentes niveles de una organización sanitaria (macro, meso y micro) es clave. Decisores políticos, gestores, proveedores, profesionales y sus asociaciones, y pacientes y sus asociaciones, entre otros. En este sentido el ejercicio de un liderazgo distribuido vs. otro vertical también facilita el despliegue del potencial sinérgico. Las intervenciones deben ser transversales y multiagentes.

**“También tenemos métodos que nos permiten elaborar un plan de acción estructurado, coherente y viable”**

En relación a las palancas de gestión, los planificadores y gestores sanitarios disponen de muchas palancas de gestión que pueden trabajar para guiar al sistema en su transformación, palancas que actúan sinérgicamente para dirigir al sistema sanitario hacia su transformación. Dados los retos futuros no parece que actuando sobre una sola de estas palancas se pueda abordar un cambio como el pretendido.

Por último, la gráfica temporal de un proceso de cambio presenta ciertas similitudes con la del lanzamiento de cualquier nuevo producto o servicio. Para avanzar más rápido es necesario realizar una evaluación de resultados permanente que nos permita comunicar resultados lo antes posible. La flexibilidad organizativa es clave para ello.

## 08

# Explorando la planificación y gestión del proceso de transformación del modelo asistencial.

Una vez que el FORO de trabajo hubo reflexionado sobre los por qué y el para qué de la transformación de los sistemas sanitarios y teniendo más know how sobre algunos cómo y algunos métodos de gestión, realizó un ejercicio de trabajo en grupos con la finalidad de **definir una visión para el sistema sanitario futuro y un plan organizativo para llevar a la práctica**.

**“El trabajo conjunto nos ayuda a avanzar más rápido”**

Este ejercicio consistió en el desarrollo de tres grupos de trabajo compuestos por representantes de diferentes comunidades autónomas. Cada grupo tuvo un tiempo para conformar su visión de futuro transcurrido el cual tuvo que exponerse al conjunto del FORO.

Como resultado de este primer ejercicio de trabajo se concluyeron tres visiones generales del sistema sanitario para el futuro:

**GRUPO 1: Mejorar la calidad de la atención a los pacientes, integrando los cuidados, formando a los profesionales y haciendo especial énfasis en la atención a la cronicidad.**

Para ello, propone priorizar el desarrollo de 5 intervenciones:

- Estratificar a los pacientes por perfiles (problemas de salud).
- Avanzar en la integración poniendo especial énfasis en la historia clínica única.
- Pilotar las experiencias en el ámbito local (zona básica, comarca sanitaria,...)
- Establecer claramente los objetivos de los procesos asistenciales.
- Integrar, alinear, coordinar a los “mandos intermedios” con el desarrollo de los procesos.

**GRUPO 2: Diseñar un sistema sanitario que se desarrolle alrededor del ciudadano:**

- Personalizado según sus necesidades de salud. Para ello será necesario disponer de un proceso que permita clasificar a la población en un estrato de intervención.
- Construyendo microsistemas de atención integrados que permitan dar respuesta a lo anterior. Esto debe realizarse facilitando que existan diferentes velocidades de avance.
- Dotándose de herramientas compartidas, como la historia clínica sociosanitaria.
- Capacitando a los profesionales mediante una formación movilizadora “formación para el cambio”. Vivimos una situación de cambio.
- Ayudando al paciente a ser corresponsable con el sistema.
- Cambiando la cultura de la organización.
- Permitiendo el desarrollo de espacios para la co-creación y el cambio.

**GRUPO 3: Un sistema sanitario que actúe con lógica poblacional y desarrolle intervenciones centradas en el ciudadano.** Para ello definen los pasos de un proceso que ayude al sistema a moverse en esta dirección:

- La lógica poblacional se está aplicando hoy en la gestión de la Salud Pública, pero no en la gestión de la asistencia. Se necesita para ello, una foto de la población.
- El presupuesto es hoy el elemento orientador de las políticas. Por tanto debería orientarse hacia intervenciones poblacionales y fundamentadas en la evidencia.
- Los cómo para avanzar pasan por trabajar la financiación, la provisión y los ciudadanos: La historia clínica unificada (como elemento integrador por excelencia) y la estratificación del riesgo (foto poblacional) son claves. Trabajar la financiación es muy difícil, pero ya empezamos a ver señales en esta dirección de las que aprender.

Todos los grupos expresan la dificultad inicial de poner cierto orden y estructura en un tema tan complejo. Todos comentan la necesidad de aclarar conceptos generales. A modo de ejemplo, todos señalan la importancia de la integración, pero en algunos casos bajo esta etiqueta cada uno estamos entendiendo y nos referimos, por tanto, a cosas diferentes. Por ejemplo, no es lo mismo la integración de los cuidados que la integración de estructuras y procesos.

Tras una primera fase de cierto “caos”, todos los grupos explicitaron **una visión de futuro para el sistema sanitario con varios elementos coincidentes**. En los tres grupos se ha hablado de **“visión poblacional”** para generar salud. En este sentido se ha reflexionado sobre la lejanía que existe hoy entre los equipos que gestionan la asistencia sanitaria y los equipos que gestionan la salud pública tradicional.

En este sentido, se comenta que para “ensamblar” a los dos colectivos (el asistencial y la salud pública) la mayoría de los sistemas sanitarios están utilizando el **enfoque TRIPLE AIM** (lo incluye la ley Escocesa, la estrategia danesa o las ACOs americanas).



**SISTEMAS LOCALES INTEGRADOS DE SALUD**

Diferentes agentes que proveen asistencia sanitaria ( y social) que **se coordinan y colaboran en el ámbito local** para sumar sus esfuerzos y **mejorar los resultados de salud de su población diana o de cobertura y buscar eficiencias.**

1. Proveen y gestionan el **continuo de cuidados** en un sistema integrado.
2. Son de **tamaño suficiente** para poder **medir el rendimiento global del área.**
3. Son capaces de **retener y redistribuir ahorros conseguidos.**

**TRIPLE AIM**

También el grupo conoció que cada vez se están dando más pasos para la elaboración de **indicadores que permitan evaluar el avance los sistemas locales integrados.** A modo de ejemplo, el IHI ha publicado un artículo que presenta una batería preliminar de indicadores para medir el enfoque poblacional, con visión plurianual y con enfoque en resultados (vs. proceso). Recientemente en Mahón ha tenido lugar un seminario de un grupo de trabajo con el objetivo de avanzar en la definición de estos indicadores para crear elementos de evaluación que permitan monitorizar el avance.

Existen herramientas y métodos hoy que permiten evaluar la orientación de un "sistema local" a la cronicidad (**IEMAC**) y diseñar una hoja de ruta.

Otro de los elementos coincidentes en la formulación de la visión además de la "visión poblacional" ha sido situar al **paciente en el centro del sistema con un rol más activo y conseguir la integración asistencial.**

Todos los grupos **coinciden, por tanto, en una visión de transformación del sistema sanitario con visión poblacional (necesidad de estratificación), integrado asistencialmente y con mayor responsabilidad del paciente.**

Tomando esta visión de síntesis, el FORO de trabajo inicia un segundo ejercicio en grupos con el objetivo de concretar en acciones de gestión dicha visión. Para ello, se solicita que identifiquen los cómo que cada grupo llevaría a cabo en su sistema sanitario para conseguir la visión definida.

## "Estamos en una situación inmejorable para **avanzar conjuntamente**"

El resultado de este ejercicio, arroja un gran número de intervenciones: **desarrollo de sistemas (historia clínica unificada), nuevos métodos de contratación y financiación, incentivación y formación de profesionales, búsqueda de alianzas con otros agentes para aumentar la capacidad organizativa interna, orientación de las estructuras hacia la integración, acuerdos de gestión entre niveles (macro, meso, micro), liderazgo distribuido y método evaluativo, entre otros.** Todas ellas tienen experiencias de éxito en diferentes comunidades autónomas y otros países de los que aprender.

Para realizar todo lo anterior existen herramientas y métodos. Para que los procesos complejos funcionen es necesario introducir métodos de trabajo. Por ejemplo, una pulea de gestión es la creación de la capacidad para colaborar. Existen hoy métodos e instrumentos que nos ayudan a desarrollar dicha colaboración: Breakthrough Series, PDSA, D'Amour<sup>4</sup>,...

De este ejercicio, **el FORO ha concluido que llevar a cabo un proceso de transformación es muy complejo. Que precisa de muchas variables que es necesario tener en cuenta. Pero a la vez, valora no sentirse sólo ante tal complejidad y constata que el trabajo conjunto produce avance de interés rápido para todos. Ha conocido la existencia de marcos conceptuales que ayudan a los planificadores y gestores sanitarios en el desarrollo de su función, nuevos métodos y experiencias de éxito para implementar intervenciones y para explotar capacidades y palancas de gestión que no han sido muy trabajadas hasta el momento pero que presentan un alto potencial de impacto en el nuevo contexto (a modo de ejemplo, el ejercicio del liderazgo compartido).**

<sup>4</sup>Nuño-Solinís R, Berraondo Zabalegui I, Sauto Arce R, San Martín Rodríguez L, Toro Polanco N. Development of a questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels. Int J Integr Care. 2013 Apr 12;13:e015.

# 09

## La transformación de sistemas hoy: lecciones de implementación<sup>5</sup>.

Sin embargo, a pesar de haber coincidido en los por qué del cambio y haber identificado y explorado algunos qué y cómo utilizando métodos de trabajo, **la realidad nos dice que para un cambio se produzca es necesario planificar y gestionar el propio proceso de implementación, no sólo el contenido del plan.**

Por ello, **el FORO, con ayuda de DBSH reflexionó sobre los aspectos diferenciales que han gestionado los sistemas sanitarios que han abordado cambios profundos en sus modelos sanitarios, es decir, los elementos clave para el éxito en la implementación de una transformación.**

Analizando la experiencia de varios sistemas europeos con diferentes modelos organizativos (sistemas nacionales de salud y sistemas de seguros), en todos ellos se observa el cumplimiento de las siguientes condiciones para la implementación:

- Creación de una **“plataforma caliente”** que sirva para activar a los diferentes agentes. Justificar el cambio y crear sentido de urgencia.
- El comportamiento de los líderes tiene **rasgos “disruptivos”**. Generalmente los planificadores y

decisores sanitarios hacen lo que “saben hacer” y les cuesta iniciar actuaciones en áreas menos conocidas.

- Es necesario **tener un relato**. Una visión que movilice y atraiga
- Se necesita planificar qué parte de la actividad gestora va a ser sobre el sistema y qué parte debe recibir del sistema. **Equilibrio “push and pull”**. Poner en práctica esto es difícil. La historia demuestra que la naturaleza humana se siente más cómoda en la gestión top down, sin embargo, la historia también nos demuestra que muchos planes y programas no han llegado a implementarse siguiendo esta estrategia. El razonamiento general en el sector público es el control y sin embargo, creer que se puede controlar todo desde arriba es, simplemente, una ilusión.
- Debemos evolucionar desde modelos en los que algunos agentes del sistema piensan y otros hacen a modelos en los que todos los agentes piensan e innovan. Pasar de **“I think/you do”** a **“We think/we do”**. Es muy importante permitir espacios para explorar soluciones y eso conlleva permitir equivocarse. Un proceso de cambio complejo no tiene estándares, y por tanto, no se puede gestionar con métodos clásicos.
- Para abordar un cambio complejo es necesario desarrollar un **liderazgo de sistema**. Esto implica ser “generoso con el poder”.
- Hay que **trabajar la adhesión y participación**. Buscar los líderes e ir convenciendo a los diferentes agentes.
- Es positivo para mantener la tensión de la implementación mostrar resultados tempranos.

En definitiva, **todo lo anterior nos explica por qué tenemos tantos problemas de escalabilidad. Estamos acostumbrados a definir planes, pero no se trabaja lo suficiente la gestión del cambio de verdad desde los niveles sénior de responsabilidad.** Esperamos que alguien diga que un proyecto debe escalarse y rápidamente constatamos que aun existiendo muchas facilidades para ello la realidad de cada contexto lo hace a veces imposible.

<sup>5</sup>Texto escrito por DBS Health para la OMS, Oficina Regional de Europa. Será presentado en el Congreso de Integrated Care. Bruselas 2014.

## “No sólo hay que planificar y gestionar la transformación: la clave está en gestionar su implementación”

Por tanto, **generar un cambio tan profundo y tan necesario en un sistema tan complejo como el sanitario es muy difícil. Por ello, se estima si cabe más procedente dar continuidad a este FORO de trabajo con el objetivo de realizar este camino de una manera más estructurada y sencilla.**

---

# 10

## Conclusiones.

---

**El presente documento recoge las reflexiones del FORO de transformación.** Este foro lo constituye un grupo de personas con conocimiento sénior del sector sanitario que comparten entre sí la responsabilidad de definir hoy el futuro del sistema sanitario en España. Agrupa a personas de las diferentes comunidades autónomas unidas por la voluntad de compartir experiencias y acelerar el proceso de cambio que necesita hoy el sistema sanitario en España.

**El FORO es consciente de que existen varios planes y estrategias macro en desarrollo en las diferentes comunidades autónomas de las que poder aprender.** Constata también el desarrollo de múltiples experiencias de cuidados integrados, empoderamiento de pacientes, proceso de financiación y compra, etc., etc. explorándose en otros sistemas sanitarios de nuestro entorno.

**El FORO entiende que en este momento existen muchas herramientas para trabajar y construir sobre el sistema sanitario. Nunca hemos estado mejor preparados para ello.**

El FORO valora muy pertinente en este momento **constituir este espacio de trabajo para este perfil profesional en que impulsar, aprender y dinamizar intervenciones sobre el sistema sanitario.**

En este contexto, **DBSH se posiciona como el catalizador y dinamizador del FORO, actuando de facilitador y “empaquetador” del know how que existe hoy tanto entre los miembros del foro como provenientes de otras experiencias internacionales en el sector y que pueda ser útil para los objetivos del FORO.**

Para ello, ha contado con el **patrocinio de Novartis en este primer encuentro.**

**Los miembros del FORO concluyen que estimular la colaboración entre profesionales sénior en el sector con responsabilidades de gestión es muy positivo y se decide mantener y continuar este FORO realizando un esfuerzo por comunicar su objetivo e integrar a otros agentes que por diferentes razones no han podido formar parte de la primera reunión presencial.**

**El proceso de cambio, siendo complejo, puede ser más rápido de lo esperado y el FORO sale más reforzado en su convencimiento de la necesidad de avanzar: “Se puede y se debe intentar”.**

**En este sentido, el FORO se compromete a difundir sus reflexiones en aquellos foros y grupos de interés específicos que puedan y quieran aportar valor en este proceso de transformación conjunto.**

---

# Miembros del Foro de Transformación

---

---

## **Albert Ledesma Castelltort**

Responsable operatiu del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Catalunya

## **Antonio Alemany López**

Director General de Atención Primaria (Servicio Madrileño de Salud.- SERMAS

## **Antonio Villacampa Duque**

Director General de Planificación y Aseguramiento. Aragón

## **Cesar Vicente Sánchez**

Director General de la Consellería de Salud, Familia y Bienestar Social de Baleares

## **Felix Rubial Bernardez**

Director General de Asistencia Sanitaria. Galicia

## **Guillermo Viñegra García**

Viceconsejero de salud del Gobierno Vasco

## **Iñaki Berraondo Zabalegui**

Director Financiación y Contratación. País Vasco

## **Isabel Durán**

Coordinadora de programas y actividad del centro. DBS Health

## **Joan Carles Contel**

Responsable estratégico del Programa de Atención a la Cronicidad en el ICS. Catalunya

## **Jose Ignacio Yurs**

Gerente General de Atención Primaria. Navarra

## **José M<sup>º</sup> Pino Morales**

Director General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud CyL (SACYL). Castilla León

## **Juan Bautista Gómez Peñalba**

Gerente del Departamento de Salud de Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria

## **Juan Jose Rubio Vela**

Gerente del Servicio Navarro de Salud

## **Juan Manuel Beltrán Garrido**

SDG Asistencia Sanitaria. C.Valenciana

## **Rafael Navarro Ortega**

Director Gerente del Hospital Parayas. Cantabria

## **Marisol Basabe**

Directora de la unidad de Open Programmes de Deusto Business School.

## **Olga Rivera**

Responsable de investigación e innovación compartida. DBS Health

## **Patricia Arratibel**

Responsable de proyectos, gestión y coordinación. DBS Health

## **Rafael Bengoa**

Director de DBS Health y asesor internacional en reformas de sistemas de salud







Bilbao  
Hermanos Aguirre 2  
48014 Bilbao  
Tel. +34 944 139 450  
Fax +34 944 139 086

Donostia- San Sebastián  
Mundaiz 50  
20012 - San Sebastián  
Tel. +34 943 326 460  
Fax +34 943 297 277

Madrid  
Castelló 76,  
28006 Madrid  
Tel: +34 91 577 61 89

Email: [info.dbs@deusto.es](mailto:info.dbs@deusto.es)  
[www.dbs.deusto.es/health](http://www.dbs.deusto.es/health)

