
FORO DE TRANSFORMACIÓN SANITARIA:

Contando los avances

7-8 DE MAYO 2014



Con el patrocinio de:



Los contenidos del presente Informe del Foro de Transformación Sanitaria: Contando los avances (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>

01
Agenda común.

02
¿Qué es el foro de **Transformación Sanitaria** y cómo avanza?

03
Objetivo: Obtener la foto de **España hoy.**

04
La primera fotografía de lo que está ocurriendo hoy.

05
Primeras **conclusiones.**

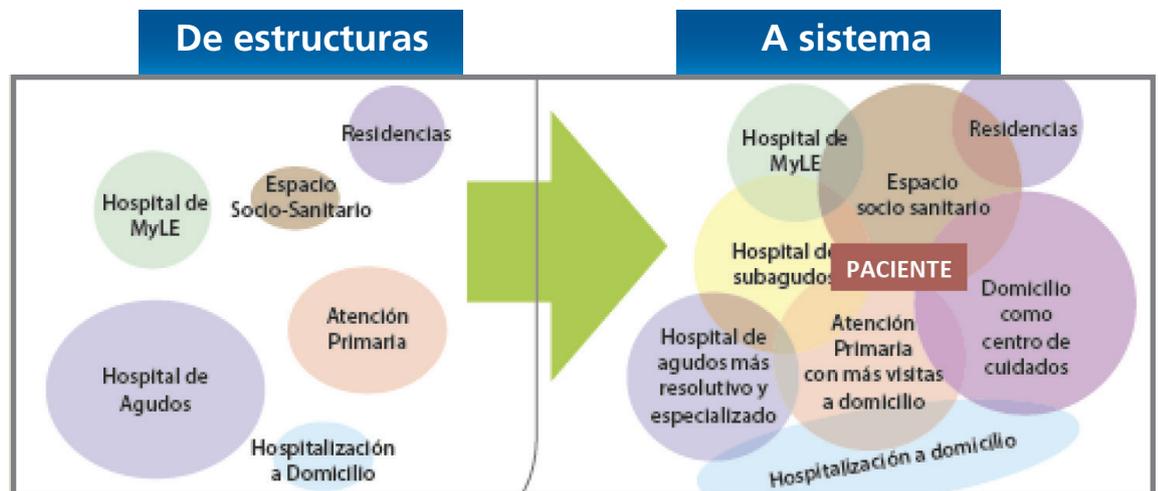
06
Miembros del **Foro de Transformación.**

Acceso directo a cada apartado haciendo click en el título.

01 Agenda común.

Todos los miembros del Foro de Transformación Sanitaria compartimos el diagnóstico del sistema sanitario y todos compartimos una misma visión de la dirección de cambio que es preciso impulsar: LA TRANSFORMACIÓN del modelo asistencial.

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL



- Estructuras y servicios sanitarios
- Fragmentación
- Reactivo, episódico
- Paternalista
- Acceso presencial
- Financiación de estructuras
- Liderazgo vertical

- **SISTEMA DE SALUD** organizado en torno al paciente
- Continuidad y coordinación asistencial
- Proactividad en la atención
- Pacientes responsable y empoderado en el conocimiento y gestión de su enfermedad.
- Acceso mixto (gracias al desarrollo de las tecnologías)
- Financiación de resultados
- Liderazgo descentralizado

Sabemos qué es necesario hacer para lograrlo y, sabemos también, cuáles son las principales “poleas” que hay que trabajar para conseguir este cambio.

POLEAS DE LA TRANSFORMACIÓN

Ejercer un **liderazgo** diferente.

Planificar, gestionar y evaluar la innovación local: **creación de capacidad**.

Procurar una mayor coordinación e integración entre los **PROVEEDORES**.

Formar, activar y empoderar a los **PACIENTES**.

Explorar nuevos sistemas de financiación por el **PAGADOR/ PLANIFICADOR**.

Profundizar en la **conectividad y la tecnología**.

Avanzar en la proactividad y **VISIÓN POBLACIONAL**.

Fuente: Deusto Business School Health

Esta agenda de cambio es YA una realidad que está tomando forma en cada una de las comunidades autónomas.

“España está en movimiento en la transformación sanitaria.”

Los directivos de cada comunidad autónoma tienen la función estratégica en cada entorno de implementar esta transformación.



02

¿Qué es el foro de Transformación Sanitaria y cómo avanza?

Sin embargo, el desarrollo de esta función es muy difícil y requiere de un horizonte temporal de medio plazo. Una transformación como la descrita entraña una elevada complejidad y no puede ser desarrollada por nadie de manera individual. Sin embargo, sí es posible hacerla JUNTOS.

Por ello, el Foro de Transformación Sanitaria se constituye como un espacio compartido por profesionales SENIOR del sistema de salud para APRENDER Y AVANZAR JUNTOS.

“Los miembros del Foro nos juntamos para **compartir experiencias en relación a nuestra agenda común: la transformación sanitaria.**”

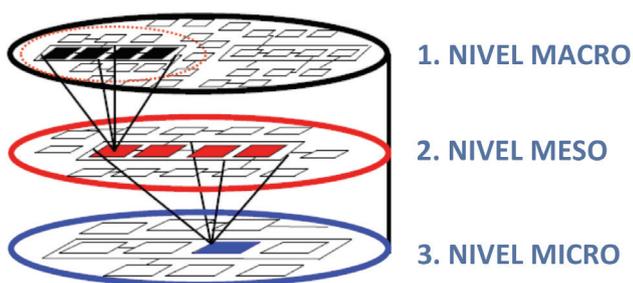
Lo que perseguimos juntos es sacar permanentemente la foto de cómo avanza España en la implementación de la transformación sanitaria y, así, poder hacer el recorrido

más rápido, aprendiendo entre nosotros y mirando a otras referencias externas de éxito que ya han iniciado este camino.

El Foro de Transformación Sanitaria sitúa sus reflexiones en el nivel *policy*, en el nivel macro del sistema de salud, si bien, para poder avanzar a este nivel es necesario comprender las claves del resto de niveles del sistema: el meso, entendiendo por meso el nivel directivo y de gobernanza de las organizaciones sanitarias o sistemas locales de salud y el micro, esto es, el nivel en el que se desarrolla la práctica clínica (el ámbito clínico).

“El Foro de Transformación Sanitaria sitúa sus reflexiones en el nivel *policy*, en el nivel macro del sistema de salud.”

Ámbito de reflexión del foro de transformación



Fuente: The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance, Second Edition. San Francisco: Jossey-Bass, An Imprint of John Wiley & Sons, Inc., 2009.

Como grupo, somos conscientes de que necesitamos disponer de una metodología que nos permita alcanzar el éxito en nuestro objetivo. Así, el método de trabajo que estamos utilizando para ello es el siguiente:

Marco de trabajo del foro

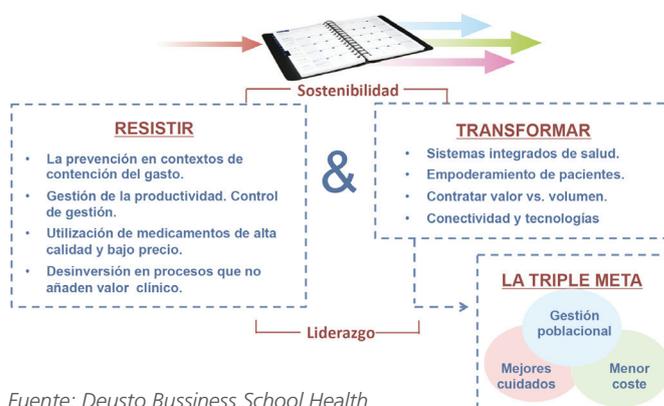


Fuente: Deusto Business School Health

Conforme a este método, nos reunimos periódicamente. Contamos con DBS Health como infraestructura de apoyo, que contribuye a generar el espacio neutro para las discusiones y actúa como elemento facilitador y dinamizador de las sesiones, así como, agente captador de la dinámica en informes que documentan las reflexiones, discusiones técnicas y los avances.

DBS Health contribuye a generar valor técnico gracias a la capacidad interna de su equipo y a la red de alianzas y colaboración internacional que posee.

KNOW-HOW DE DBS HEALTH: LA DOBLE AGENDA Y LA TRIPLE META



Fuente: Deusto Business School Health

03

Objetivo: obtener la foto de España hoy.

El Foro de Transformación Sanitaria, en su segunda reunión, ha constatado que la mayoría de las comunidades autónomas están en movimiento. Cada una de estas comunidades se sitúa en un punto diferente, si bien, los avances de cada una sirven al resto para analizar cuáles son las principales barreras y los principales facilitadores que pueden ser gestionados para avanzar más rápido.

El objetivo de la reunión fue disponer de una foto global y reflexionar juntos sobre lo que dicha foto nos estaba diciendo.

Objetivo de la segunda reunión del Foro de Transformación



04

La primera fotografía de lo que **está** ocurriendo hoy.

La mayoría de las comunidades autónomas se debaten hoy, en su nivel de intervención macro, entre desarrollar exclusivamente una agenda de trabajo para RESISTIR la crisis o desarrollar complementariamente una agenda para RESISTIR la crisis e iniciar una profunda TRANSFORMACIÓN sanitaria.

No cabe duda sobre cuál de las dos propuestas es necesario desarrollar hoy para garantizar un sistema sanitario futuro que permita dar respuesta a los complejos retos a los que nos enfrentamos. Así, puede afirmarse que **la gran mayoría de comunidades autónomas se sitúan en la gestión de una doble agenda.**

Sin embargo, el actual contexto de crisis económica posiciona a corto plazo **la mayoría de los incentivos de gestión en la primera agenda, la de resistir la crisis**, hecho que dificulta más aún, si cabe, el desarrollo del complejo proceso de transformación.

“La gran mayoría de los incentivos de gestión se sitúan hoy en la primera agenda, la de resistir la crisis.”



Consciente de esta situación, el Foro de Transformación Sanitaria constata que **los avances van a ir ocurriendo comunidad autónoma a comunidad autónoma**, generándose en el periodo de implementación de la transformación una **situación de avance muy heterogénea pero a la vez muy rica para aprender y avanzar**.

“Los avances van a ir ocurriendo comunidad autónoma a comunidad autónoma.”

La gestión de una doble agenda implica el desarrollo activo por parte del ámbito macro de diferentes poleas e incentivos que ayuden a crear condiciones favorables para el cambio.

El desarrollo de “este viaje” es muy complejo pero se empieza a probar con agrado que se puede ir muy rápido en poco tiempo. Así, hace apenas cinco años era casi una utopía hablar, por ejemplo, de **estratificación poblacional¹ del riesgo en salud** en el sistema sanitario español. **Hoy es una realidad en casi la mitad del Estado**. Por el contrario, hay países que todavía no han empezado este recorrido, como por ejemplo, Francia.

“La estratificación poblacional es hoy una realidad en casi la mitad del Estado.”

¿Y por qué es tan importante la estratificación? ¿Qué aporta? Una vez que un entorno sanitario tiene estratificada a su población, le es factible llevar a cabo intervenciones dirigidas a proteger y cuidar a los grupos de riesgo más vulnerables: es decir, permite llevar a cabo actuaciones a nivel poblacional y por tanto, se facilita el desarrollo de la protección social.

Asimismo hace cinco años se empezaba a hablar de la importancia de gestionar de una manera diferente a los pacientes crónicos y lo que ello conllevaba desde un punto

de vista de organización y funcionamiento de los recursos sanitarios instalados. **Hoy, la mayoría de las comunidades autónomas tienen ya PLANES que recogen líneas de actuación que es necesario desarrollar para avanzar en esta dirección y una gran mayoría de las comunidades autónomas se sitúan YA en la FASE DE IMPLEMENTACIÓN de dichos planes**.

“Un gran número de comunidades autónomas se sitúan en fase de implementación de sus planes de transformación.”

Hay comunidades autónomas que están invirtiendo más tiempo en la planificación de dicho proceso de cambio, en el convencimiento de que es necesario co-diseñar junto con el resto de agentes que tendrán la responsabilidad final de su implementación. Así, con la definición del propio PLAN, buscan la legitimidad para el cambio, la reducción de los anticuerpos que se generan ante cambios tan complejos o el compromiso y la adhesión de los actores clave para su desarrollo desde el inicio del proceso. Es el caso de **Canarias** que ha hecho de la definición de su nuevo plan de salud 2014-2017 el instrumento para el cambio y el inicio de la transformación en esta comunidad.

Se trata de un plan de salud que persigue actuar sobre los determinantes de la salud y su prevención; potenciar la reorientación del modelo asistencial manteniendo al ciudadano como eje central, hacia la atención integrada y la cronicidad; potencia las herramientas para la gestión de la información y del conocimiento; promueve la colaboración con otras organizaciones, instituciones y departamentos del Gobierno de Canarias y del Estado y refuerza la legitimación y defensa del sistema sanitario público, a lo que acompaña la concertación.

Se trata de un plan que no busca estar acabado y ser perfecto para su aprobación e implementación, sino más bien de un plan que, en base a los objetivos expuestos, ha buscado la implicación de los profesionales y los usuarios a través

¹ Existen diferentes modelos de estratificación poblacional, el genérico basado en modelos de segmentación poblacional en base a su nivel o carga de morbilidad (CRGs) y otros ampliados en los que se incluyen modelos de predicción de riesgos (costes, alta utilización de servicios en un futuro etc).

de una gestión participativa y el desarrollo de experiencias piloto a nivel local (territorialización por islas).

En este sentido, las ganas de muchos profesionales de comprometerse con el cambio, y la creación de un instrumento, en este caso el propio PLAN, han ayudado a la participación y el desarrollo de procesos participativos como elementos clave para el cambio.

Con cierta similitud a la evolución del plan canario, se sitúa la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de **Madrid**. Se trata de un plan que se inicia en febrero de 2012, finaliza en junio de 2013 y se presenta en marzo de 2014. Desde el inicio, el equipo que ha liderado su desarrollo ha sido consciente de que la finalidad de este plan era enfrentarse a un gran cambio y ha tenido siempre presente el implementar dicho cambio llevando a cabo un profundo cambio cultural. La razón estaba clara: los actuales retos del sistema sanitario y la creciente evidencia científica a favor de intervenciones dirigidas a un mejor cuidado y atención del paciente crónico en los entornos donde se han ido probando.

El método que han utilizado para la elaboración del plan ha combinado el análisis, por parte del nivel macro (grupo director), de las iniciativas que ya se estaban llevando a cabo en todos los niveles de la organización y el fomento de la participación de diferentes agentes, especialmente de las sociedades científicas. Sobre estas bases se incluyó metodología de desarrollo para ayudar a coordinar y canalizar dicha participación (análisis cualitativos).

De los análisis epidemiológicos y los análisis cualitativos de diferentes grupos se concluyó que era necesario crear una visión y se identificaron qué elementos eran necesarios

reforzar o desarrollar (a modo de ejemplo, las tecnologías, el fortalecimiento del rol de la enfermería, etc.). El trabajo cualitativo realizado con los pacientes concluía en la misma dirección.

Sobre estas reflexiones se inició el proceso de definición del modelo de atención, el itinerario del paciente, la identificación de los elementos que harán posible el modelo y, por último, la involucración en la implementación de la estrategia.

Durante este tiempo, es importante señalar el cambio del contexto macro que se ha producido en la Comunidad de Madrid en el sector sanitario. Mientras el contexto a nivel macro estaba viviendo momentos de presión importantes, el desarrollo del plan seguía su curso. Así, en 2014 se produce un cambio en la Consejería que lejos de representar un hándicap para el desarrollo del proyecto ha sido uno de los elementos facilitadores para su lanzamiento. El nuevo equipo que lidera la Consejería ha hecho del plan su estrategia de legislatura.

El hecho de haber contado con líderes clínicos desde el diseño y el haber basado el plan en una clara orientación al cambio, ha permitido que a pesar de haber iniciado este viaje más tarde que otras comunidades autónomas, han llegado en una situación muy favorable para abordar los "cómos", gracias en parte a la ayuda recibida de otras comunidades autónomas más avanzadas.

Una lección aprendida en procesos de cambio tan complejos es la especial relevancia de **la figura de coordinación y evaluación permanente del proceso**. Es crítico contar con recursos que inyecten energía al día a día de estos procesos. Con inyectar energía nos referimos al apoyo



permanente a la gestión del cambio, el desarrollo de una buena comunicación que permeabilice la organización y la sensibilice con su objetivo general, al impulso a la formación necesaria, la reducción de las diferentes resistencias que emergen, así como el impulso de las herramientas que es necesario desarrollar (sistemas de información, diseño y despliegue de procesos de atención integrada, etc.), entre otras funciones.

En esta línea, resulta interesante conocer la experiencia que se está llevando a cabo en **Navarra**. En el actual contexto de crisis económica, se ha considerado una oportunidad llevar a cabo el despliegue de la estrategia de atención a pacientes crónicos. Se ha constatado, gracias a la herramienta de estratificación del riesgo poblacional, que un 18% de los pacientes consumen el 50% de los recursos. Por ello, se ha priorizado llevar a cabo el despliegue de los procesos integrados de atención para los pacientes pluripatológicos, con insuficiencia cardíaca, diabetes, EPOC y demencia.

En esta comunidad se había elaborado un plan estratégico con un diseño inicial bastante clásico, esto es, con un marcado peso proporcional del nivel macro de la organización en la elaboración de su diseño. Sin embargo, se ha apostado por

un despliegue de la estrategia en la base, es decir, en el nivel micro de la organización.

Como elemento diferencial, en este caso, no se ha contado con una capacidad *ad-hoc* destinada a la coordinación e implementación del plan de crónicos, sino que se ha otorgado esta tarea a una estructura consolidada en la organización de la asistencia sanitaria actual: la Atención Primaria.

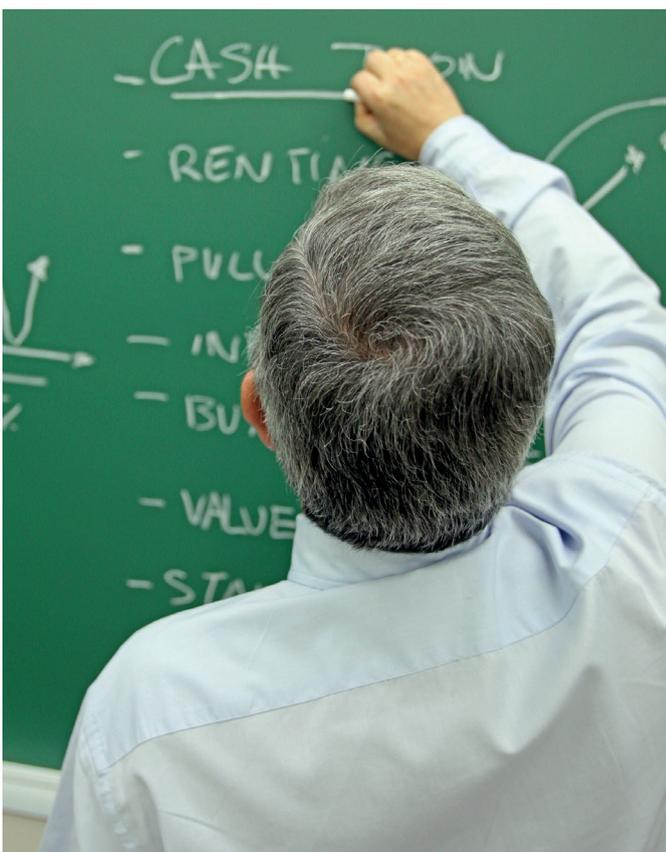
Esta apuesta representa la necesidad de llevar a cabo “dos trabajos” por parte de esta estructura de la organización (la Atención Primaria): el desarrollo de la responsabilidad directiva del área en cuestión y la responsabilidad de realizar la coordinación necesaria para implementar la Estrategia de Atención a los Pacientes Crónicos.

Será interesante para el resto de procesos abiertos en otras comunidades autónomas observar el avance de esta apuesta y obtener aprendizajes de implementación. No hay que olvidar que todo proceso de cambio necesita ser gestionado y todos los proyectos precisan ser dirigidos.

Es interesante observar que **algo está cambiando en la configuración y redacción de los planes en este país**. Nos estamos dando cuenta que existen planes que nunca se implementarán a pesar de contar con un diseño exhaustivo y de “manual”, y por el contrario, **existen planes que cuentan con el “caldo de cultivo” suficiente para que, independientemente de su validación final por una instancia superior, hayan iniciado “de facto” un cambio cultural muy profundo que consolida un sustrato firme sobre el que poder seguir trabajando.**

“Algo está cambiando en la configuración y redacción de los planes en este país.”

Esta reflexión nos debe servir para **aceptar y aprender a gestionar la existencia de diferentes maneras de conseguir cambios**. Del análisis, desarrollo y evaluación de cada una de ellas, **obtendremos la fórmula más efectiva a desarrollar en cada entorno local**.



“Es necesario aceptar y aprender a gestionar la existencia de diferentes maneras de conseguir cambios.”

Hay otras comunidades que se encuentran en las fases preliminares de elaboración de su plan. Es el caso de **Aragón**. Son conocedores de las dificultades que entraña una transformación y consideran necesario realizar una planificación global de largo alcance para asegurar que en un proceso de este calado todos los recursos empleados se utilicen del mejor modo posible. Conscientes, por tanto, de que un proceso de esta naturaleza implica un cambio organizativo y de gestión del cambio, ven de utilidad compartir espacios de reflexión e intercambio de conocimiento entre comunidades que les permita evitar errores ya cometidos y avanzar más rápido en la definición de su plan.

La gran mayoría de las comunidades autónomas que han decidido iniciar este proceso de transformación, están desarrollando proyectos e intervenciones en el ámbito de la gestión, tratando de avanzar en alguno de los diferentes frentes que son necesarios gestionar de un modo activo para conseguir el cambio.

Así, de todas las poleas que es necesario trabajar para conseguir el cambio y que han sido descritas en el punto 1 de este documento, se observan algunas que están más avanzadas que otras. Entendiendo por “más avanzadas” que existen ya hoy, cada vez más experiencias locales probándose en relación a esa polea de intervención.

En este sentido, se detecta un grupo numeroso de iniciativas, intervenciones o proyectos desarrollándose en diferentes comunidades autónomas que pivotan sobre las **tecnologías y su aplicabilidad sobre el sector de la salud para conseguir mejoras de funcionamiento**. En relación a este grupo de proyectos, pueden distinguirse claramente dos tipologías generales de iniciativas.

De un lado, proyectos de **desarrollo de tecnologías con una clara orientación a la conectividad de funciones, agentes o procesos de mejora en las organizaciones sanitarias a nivel corporativo**.

De otro, proyectos de innovación tecnológica orientados a crear **instrumentos integradores o facilitadores del desarrollo de la actividad clínica-asistencial entre diferentes niveles y agentes del sistema**.

Así, a modo de ejemplo de proyectos que se sitúan en el primer grupo, esto es, proyectos de desarrollo de sistemas de información corporativos podría citarse el siguiente: El Sistema Corporativo de Información Farmacéutica que se ha desarrollado en **Cantabria**.

Dentro del segundo grupo, a modo de ejemplo, se situarían las múltiples iniciativas que se están probando en las diferentes comunidades autónomas para realizar el seguimiento y control a distancia de pacientes crónicos.

Todos estos proyectos en el ámbito de la gestión sanitaria y la búsqueda de integración de cuidados podrían denominarse proyectos de **“GESTIÓN DE PRECISIÓN”**. ¿Y qué significa la gestión de precisión? Que cada vez existe más y más evidencia en términos de gestión en relación a cada polea de transformación que nos permite apuntar mejor con las intervenciones que vayamos a desarrollar para lograr mejoras.

Para desarrollar una TRANSFORMACIÓN del actual modelo asistencial **es necesario desarrollar más y más gestión de precisión vs. gestión general**. Los diferentes



proyectos hoy en funcionamiento son la prueba de que es posible hacer esto.

“Para desarrollar una transformación sanitaria es necesario desarrollar más y más gestión de precisión vs. gestión general.”

Tenemos las herramientas, la tecnología, ahora nos toca **diseñar, probar y evaluar más y más intervenciones concretas de mejora en nuestros ámbitos locales.**

Otra conclusión que se obtiene de la sesión de trabajo y del análisis de los proyectos que fueron presentados es que cuando el nivel micro de la organización, esto es, los profesionales sanitarios, observan que desde los niveles macro y meso de gestión se crean condiciones para mejorar sus procesos, es decir, el modo, la manera en la que desarrollan su práctica clínica, los profesionales responden positiva y rápidamente identificando propuestas de mejora. Parece como si algunos niveles de la organización se cuestionaran el desarrollo de su actividad cuando se les crean las condiciones para ello, cuando se les invita a ello o se promueve e incentiva desde niveles superiores a hacerlo.

Un ejemplo: en **Valencia** se ha desarrollado un proyecto de **desarrollo de unidades de gestión clínica**, en concreto, la creación de una unidad funcional musculoesquelética. Se trata de un proyecto impulsado por una gerencia cuyo principal objetivo era mejorar la coordinación entre el nivel de Atención Primaria y el de Especializada en las interconsultas de traumatología, reumatología y rehabilitación. Para ello, se puso en contacto a todos los profesionales implicados, se les facilitó instrumentos para trabajar de manera más colaborativa a través de las posibilidades que ofrecen las nuevas TICs y se les pidió su participación en el desarrollo conjunto de protocolos de actuación con estos pacientes, procurando buscar mejoras en la calidad de los cuidados prestados, mejoras en la salud de las personas atendidas y procurando desarrollar la actividad de un modo más eficiente. En pocos meses de implementación, se podían

probar resultados en reducción de derivaciones y aumento de la resolución.

Proyectos como este, no son sino un ejemplo del **amplio recorrido de avance que presentan los sistemas de salud en la búsqueda de espacios de trabajo compartidos entre diferentes profesionales que atienden a un paciente.** En estos espacios de trabajo conjuntos se **encontrarán las mejoras organizativas que redunden en mejores cuidados, mejoras de salud y obtención de eficiencias (triple meta).** Es en estos espacios de trabajo conjuntos donde van a aflorar los verdaderos nichos de eficiencia que presenta hoy el sistema sanitario para garantizar su sostenibilidad económica futura.

“Existe un amplio recorrido de avance en la búsqueda de espacios de trabajo compartidos entre diferentes profesionales que atienden a un paciente.”

En el ejercicio de observar a las diferentes comunidades autónomas que han iniciado el proceso de transformación, se distinguen ejemplos de comunidades que han basado el desarrollo de su estrategia de transformación en la **creación de condiciones desde el nivel macro para que se desarrollen procesos de innovación local.** Dentro de este grupo se sitúa **Galicia.** Su estrategia de transformación para adaptarse a los nuevos retos se ha basado en orquestar desde el nivel macro el desarrollo de la capacidad de la organización, entendiendo por capacidad de una organización, el potencial de desarrollar el conocimiento y las habilidades de las personas que forman parte del sistema con el objetivo de crear nuevos proyectos de valor.

“Es necesario contribuir desde el nivel macro del sistema creando condiciones para que se desarrollen procesos de innovación local.”

En este caso, los esfuerzos del nivel macro de la organización se han centrado en **permitir que ese proceso de innovación local exista en el sistema de un modo organizado y estructurado**.

Poco a poco se han ido recogiendo algunos resultados de esta apuesta estratégica: se creó una plataforma para la recogida de las innovaciones y se implicó al más alto nivel de la organización en la selección y apoyo a los proyectos con un perfil más innovador. En definitiva, se ha implementado un nuevo proceso en el sistema que permite canalizar la capacidad de la organización y dirigirla hacia el proceso de transformación estratégico.

Los próximos pasos que se están dando es la implicación de este proyecto en los acuerdos de gestión con los equipos directivos, de modo que se alinean los niveles macro, micro y meso de la organización con el desarrollo del proyecto.

Iniciativas como esta empiezan a tomar forma en las diferentes comunidades autónomas. Sin embargo, **la polea de creación de capacidad interna es una polea**

todavía poco explorada o con menores resultados en su implementación. Se trata de una intervención compleja que requiere explícitamente de la dedicación de esfuerzos por parte del nivel macro del sistema.

Otra manera de crear condiciones para que el cambio y la transformación sean posibles lo encontramos en **Asturias**, con el **proyecto de gestión clínica**. Se trata del desarrollo de un instrumento de evaluación que vincula económicamente por un periodo de vigencia anual a la gerencia de un área de salud con sus profesionales. Es, por tanto, un instrumento que sirve para alinear el nivel meso y el nivel micro de la organización con su estrategia.

En el actual contexto económico no es razonable pensar que la transformación se vaya a producir por una dotación adicional de recursos que inyectar al sistema. Más bien parece que se irá consolidando mediante la redistribución de los actuales recursos desde ubicaciones y servicios hoy poco coste-efectivos a nuevas ubicaciones que contribuyan a aumentar el valor de la trayectoria del paciente.

El cambio de modelo desde el actual, centrado en estructuras, al futuro centrado en sistemas locales de salud que maximicen las trayectorias de los pacientes se va a dar a través de la redistribución de los actuales recursos, favoreciendo nuevas asignaciones económicas.

Los agentes con capacidad para identificar en el ámbito local y proponer nuevas redistribuciones de recursos que permitan maximizar dichas trayectorias de atención son profesionales sanitarios y, en este sentido, la gestión clínica es un buen instrumento para facilitar esta tarea.

“Los agentes con capacidad para identificar eficiencias en el ámbito local y proponer nuevas redistribuciones de recursos que permitan maximizar dichas trayectorias de atención son los profesionales sanitarios.”



No obstante, **es necesario permitir el “reparto de las eficiencias encontradas”** en el nivel micro o el nivel local del sistema como mecanismo de incentivación a la participación y colaboración de los profesionales. De este modo, se estima que la velocidad de avance podría aumentar considerablemente.

“Hay que permitir la reversión de las eficiencias encontradas al ámbito local.”

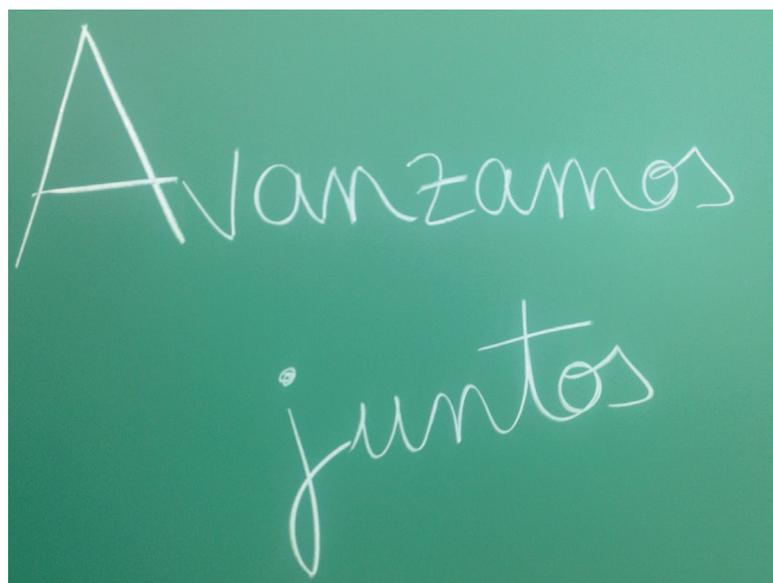
Nuevamente, con la gestión clínica se contribuye a crear el “caldo de cultivo” necesario para la implementación del resto de cambios que requiere una transformación.

Otra de las poleas de transformación que está siendo cada vez más y más explorada en todas las comunidades autónomas que han iniciado el recorrido de la transformación, es la **búsqueda de una mayor coordinación e integración entre los diferentes niveles del sistema, especialmente entre el nivel de Atención Primaria y el nivel Especializado.**

Sin embargo, es más difícil de encontrar, todavía, muchas intervenciones en salud que alineen a agentes que tradicionalmente han desempeñado funciones o roles diferentes en el sistema. A modo de ejemplo, en España en cada comunidad autónoma, existen grupos de profesionales muy capacitados que trabajan la mejora de la epidemiología de su población de referencia. Son los grupos de personas que pertenecen a lo que hemos denominado tradicionalmente **Salud Pública**. Estos grupos guían el desarrollo de su actividad en la obtención de buenos resultados poblacionales en salud.

Por otro lado, en cada comunidad autónoma desarrollan diariamente actividad asistencial o **práctica clínica** diferentes profesionales de múltiples especialidades y diferentes formaciones sanitarias (clínicos, personal de enfermería, auxiliares...).

Ambos grupos, no comparten de manera natural muchos espacios de trabajo conjuntos, o al menos no todos los posibles. Hay ejemplos donde verdaderamente es natural



que se reúnan para mejorar intervenciones que realizan conjuntamente. A modo de ejemplo, intervenciones de prevención como puede ser la vacunación contra la gripe. Sin embargo, esto no ocurre en otras áreas como, por ejemplo, el diseño y desarrollo de intervenciones para la mejora de la diabetes, la hipertensión u otros problemas de salud, etc.

“Existe un potencial de avance muy poderoso derivado del trabajo conjunto entre profesionales especializados en el área clínica y profesionales especializados en el área de la Salud Pública.”

El potencial recorrido de mejora en la definición de intervenciones en las que participen de manera conjunta ambos perfiles profesionales es muy elevado. Se ha comentado a lo largo de este documento que en España tenemos desarrolladas las herramientas que permiten estratificar el riesgo de los pacientes y estamos más y mejor preparados que antes **para diseñar y desarrollar intervenciones poblacionales en ámbitos locales** en las que se busque la mejora de resultados en salud, mejores prácticas clínicas y además de todo lo anterior, se realice de un modo eficiente para el sistema, pudiendo cada grupo aportar al diseño de estas intervenciones su mejor *know-how*. Estamos en las mejores condiciones para utilizar la información que el sistema ha ido generando y estructurando en los últimos años y diseñar nuevas e innovadoras intervenciones impensables hace tan sólo unos pocos años.

A modo de ejemplo, en **Castilla-La Mancha** se ha constituido un grupo multidisciplinar encargado de decidir sobre el proceso de vacunación de un modo compartido e incluyendo la evaluación como elemento clave.

Siguiendo con **la polea de la atención integrada**, en algunas comunidades autónomas se está yendo más allá, explorándose la integración de cuidados en sentido más amplio, esto es, no sólo entre los niveles asistenciales del sistema de salud, sino **también con el ámbito social**.

Es el caso de **Cataluña**. En el momento temporal en el que les tocaba redactar un nuevo Plan de Salud, se propusieron realizar un cambio de modelo que les permitiera trabajar un Plan de Salud diferente. Así, el Plan de Salud para el periodo 2011-2015 y el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad se pensó en términos de generación de un nuevo modelo de atención integrada con una visión sanitaria y social. En este contexto, reflexionaron sobre cuáles eran las principales palancas de cambio que en el contexto catalán podrían acelerar un cambio en el modelo asistencial.

Así, en Cataluña tienen consolidado un modelo de contratación diferencial que podría ser el instrumento que facilitara el cambio. La heterogénea provisión local que tienen, les hizo pensar en la consecución de un modelo de atención integrada a nivel territorial. Esto es, a nivel de microsistema, donde poder transformar el modelo de atención con visión de integración que trascendiera el

ámbito salud e incorporara el ámbito social.

Para poder alcanzar el objetivo que se han marcado ha sido necesario apostar por las tecnologías como instrumento clave de integración, desarrollar un modelo de estratificación poblacional que permita la intervención poblacional en el ámbito local y desarrollar guías y rutas de atención. Esto es, "pactos"² entre profesionales clínicos para definir la continuidad de cuidados a los diferentes tipos de pacientes, entre otras cosas. Esto último precisa del ejercicio de un liderazgo clínico y para que esto sea posible, es necesaria la implicación del nivel macro al más alto nivel, posibilitando este liderazgo compartido.

En definitiva, han apostado por una intervención multipalanca para acelerar la implementación de una profunda transformación siendo una de las claves del éxito **la involucración y el convencimiento del nivel macro de la organización al más alto nivel**.

Así, el nuevo Plan Interdepartamental de Atención e Interacción social y sanitario introduce una evolución desde un modelo orientado a la atención sanitaria de la cronicidad hacia un modelo de atención centrado en la persona, con la necesaria incorporación del sector de servicios sociales.

Otra comunidad autónoma que ha implementado **intervenciones que buscan una mejor integración entre el ámbito sanitario y el social es Castilla y León**. En el marco de su estrategia de atención al paciente crónico **han creado un nuevo recurso asistencial: las unidades de convalecencia sociosanitaria**. Estos recursos son un 70% más baratos para el sistema sanitario que esa misma estancia en un hospital de agudos tradicional y ofrecen una mejora de la calidad de la atención a la ciudadanía, más acorde con sus necesidades sanitarias y sociales.

En este contexto, el proyecto buscaba ofrecer una respuesta única a las necesidades sanitarias y sociales de las personas en situación de dependencia como consecuencia de procesos crónicos. Necesitan cuidados sanitarios durante la convalecencia, además de cuidados personales asociados a su falta de autonomía temporal o definitiva, pero no tienen suficiente soporte sociofamiliar o condiciones de vivienda adecuadas para garantizar que se lleven a cabo en su domicilio.

² Construcción de rutas asistenciales (integrated care pathways).

Para su desarrollo, nuevamente han sido clave la creación de procesos de atención compartidos entre profesionales del ámbito sanitario y social y la estratificación del riesgo poblacional. Gracias a este último, se pudo constatar que un grupo de pacientes situados en el nivel 3 de complejidad consumían el 70% de los ingresos del sistema y este mismo grupo, reingresaba un 30%. Estos datos, ayudaron a la reflexión y a la aceptación del desarrollo del programa entre los dos niveles implicados. Las tecnologías también han sido claves, como facilitadoras del cambio. Y la financiación, en cuanto a la definición del coste medio por plaza de la unidad permitió reducir la concertación externa en la misma proporción en la que se aumentó la dotación de las unidades sociosanitarias. El tiempo actual desde que un profesional solicita para una persona³ el acceso a este recurso y su asignación es de 6 días.

En conclusión, **la foto de la transformación en España hoy dibuja un escenario francamente positivo**, donde se sitúan proyectos o intervenciones concretas que buscan conseguir evidencia en una de las poleas de la transformación y proyectos o planes que ofrecen una visión más amplia a la transformación.

En cualquiera de los casos, el poder seguir compartiendo estas experiencias nos aportan a todos un conocimiento que nos facilitará la definición de nuevas y mejores intervenciones.



05

Primeras Conclusiones

Tras escuchar las presentaciones de todas las comunidades autónomas reunidas en el Foro, **se concluye que la TRANSFORMACIÓN en España está ya en movimiento.**

Esta **visión de cambio** se ha ido planificando de diferente manera en cada comunidad autónoma. En algunas ha tomado forma de proyectos concretos, en otras ha tomado forma de Plan, más o menos ambiciosos en cada caso.

El desarrollo de estos planes y proyectos es muy complejo y parte de su éxito radica en la existencia de varios instrumentos:

1. **La gestión de una doble agenda** que permita insuflar energía permanente al cambio.
2. **La utilización de herramientas** que faciliten la implementación real de la visión, del plan.

En relación al primer punto, es necesario subrayar la importancia de realizar una gestión eficiente que permita a las comunidades autónomas resistir la crisis. Pero es igualmente necesario dedicar tiempo y energía a la implementación de los planes y proyectos de transformación. La principal razón para realizar esta afirmación es que un proceso de cambio tan ambicioso como el de transformar el actual modelo asistencial, encuentra en su inicio multitud de "resistencias" que es necesario vencer.

La resistencia al cambio es muy fuerte y puede provenir de todos los niveles y agentes del sistema, puesto que un cambio de esta envergadura afecta a todos y cada uno de ellos. Por ello, es necesario dedicar esfuerzos sistematizados

³ Esta persona debe tener la resolución de la evaluación de su situación de dependencia.

a eliminar dichas resistencias y a permitir y facilitar que los cambios sean posibles.

La buena noticia, es que **hoy disponemos de una batería muy amplia de herramientas que nos ayudan a gestionar esta complejidad**. Herramientas que no existían o no estaban validadas en un pasado reciente.

“La foto de la transformación en España es muy positiva. Hoy disponemos de una batería muy amplia de herramientas que nos ayudan a gestionar la transformación.”

Así, durante la sesión, hemos podido escuchar que más y más comunidades autónomas tienen algún sistema de estratificación del riesgo en salud de su población; más y más comunidades autónomas están probando diferentes modelos para enlazar procesos de atención entre diferentes niveles del sistema apoyándose en nuevas funciones y roles del personal de Enfermería; más y más comunidades autónomas están probando experiencias de integración de cuidados a nivel local; más y más comunidades autónomas están trabajando y mejorando su historia clínica electrónica; más y más comunidades autónomas han desarrollado sistemas de información a nivel corporativo que les ayudan a mejorar sus procesos, a modo de ejemplo, la receta electrónica; más y más comunidades autónomas cuentan con una escuela de pacientes o con procesos estructurados que buscan activar a los pacientes en el conocimiento y gestión de su salud; más y más comunidades autónomas están explorando una mayor coordinación e integración con el ámbito social, etc.

Esta afirmación global se puede hacer en algunos entornos, como España, Canadá, Nueva Zelanda, Australia, EEUU, etc. Sin embargo, hay países que todavía hoy están en una situación muy preliminar, como por ejemplo, Francia. Y es que, a pesar de que las resistencias a un cambio tan complejo son muchas, no es menos cierto que los países que han iniciado este “viaje”, el de la transformación, están

obteniendo evidencias y resultados positivos a favor, rápidos y crecientes.

Si echamos la vista atrás en España, hace apenas cinco años no se hablaba de todo lo anterior y sin embargo, la realidad es que hemos avanzado muy rápido y hoy estamos en una situación muy favorable para abordar las transformaciones que precisa el sistema de salud.

Con la existencia de una lista de herramientas cada vez más amplia que nos ayuda con el cambio, con una evidencia que aumenta más y más de modo muy rápido y con un convencimiento claro hacia el desarrollo de un nuevo modelo, ¿hasta dónde podemos llegar en el futuro inmediato?.

La respuesta a esta pregunta es clara: hasta donde seamos capaces de **IMPLEMENTAR** todo lo anterior. Hasta ahora estamos viendo las visiones y las herramientas de modo aislado, en cada uno de nuestros entornos. Si somos capaces de analizarlo de manera conjunta y con visión de “bosque” vs. “árbol” podemos avanzar en la identificación de las **claves de la IMPLEMENTACIÓN**.

Si es cierto que la evidencia a favor del cambio de modelo es creciente y que se nos hace visible con resultados crecientes en mejoras de cuidados para las personas, en mejoras de atención y en la obtención de eficiencias, no es menos cierto que hay entornos donde ya se ha iniciado este cambio, que disponen de visión, planes, y herramientas y sin embargo, los resultados y la implementación real no se producen.

El reto actual, por tanto, ya no está en definir qué tenemos que hacer, sino en hacerlo realmente. Esto es, en implementar las transformaciones consiguiendo cada vez más y más escala que nos permita pasar de proyectos pilotos a transformaciones reales.

En este sentido, se detectan **tres elementos diferenciales**, adicionales a los descritos hasta el momento, **cuya gestión diferencia el éxito en la implementación**. Estos elementos son los siguientes:



- La existencia de **refrendo/apoyo de la visión** de cambio por parte **del nivel macro, el nivel *policy*** del sistema sanitario.

- La existencia de un “ensamblador” que contribuya permanentemente a dar continuidad y energía al proceso de cambio sacando la foto general de avance (“bosque”).

- El **desarrollo de un nuevo estilo de liderazgo**, que haga posible todo lo anterior.

“Las claves de la implementación de un cambio residen en la existencia de una visión, la figura de un ‘ensamblador’ y el desarrollo de un estilo de liderazgo facilitador.”

La visión de la transformación es una meta muy ambiciosa, que poco a poco, se convierte en LA ESTRATEGIA de una comunidad autónoma. Es decir, en un objetivo que se persigue alcanzar en todo el sistema y, por tanto, dicha estrategia debe ser explicitada al más alto nivel posible.

Sin embargo, ¿quién/es tienen la capacidad de generar una visión compartida? ¿Quién/es desde los niveles de planificación tienen capacidad para visualizar la meta final, ensamblar los múltiples avances que se vayan dando y describir el avance de todo el proceso con visión global (“bosque”)? ¿Quién/es tienen capacidad de gestionar la agenda de la transformación?

A este perfil lo denominamos **ENSAMBLADOR** y está tomando múltiples formas organizativas en cada comunidad autónoma. Se trata de un perfil que tiene el mandato de realizar esta tarea y que tiene las siguientes **características**:

1. **Se sitúa en el nivel *macro/policy*** de las comunidades autónomas: Departamentos, Consejerías, Direcciones generales de los Servicios Regionales de Salud, etc.

2. **Tiene el conocimiento y la capacidad para realizar la función de ensamblar** los avances que se estén desarrollando en la comunidad autónoma con **una visión de conjunto (“bosque”)**.

3. Debe ser **capaz de inyectar continuidad, persistencia y perseverancia al proyecto**. El objetivo es conseguir resultados, evidencias, cambios y por tanto, este perfil debe ser un perfil que conozca la organización y se debe huir de perfiles académicos.

4. Debe desarrollar su función con **doble dirección**: por un lado, debe ser capaz de **alinearse al relato, a la visión a los máximos responsables del sistema** (más alto nivel político del sistema) y, por otro, debe ser capaz de **“delegar poder” y realizar una función facilitadora que permita el desarrollo de intervenciones a nivel local**.

5. Este perfil, debe estar **“algo protegido”** permitiéndole espacio para poder gestionar el cambio vs. gestionar la estructura tradicional. Esta última, per se, siendo necesaria consume mucho tiempo y por ello, **debe protegerse tiempo y recursos al desarrollo de la agenda de transformación**.

6. El ensamblador debe tener **CREDIBILIDAD** en la organización. **La credibilidad se puede ir ganando en la organización** con el desarrollo de los proyectos.

7. Debe ser un perfil que **crea contexto y que facilite que el resto de personas de la organización**, a cada nivel, pueda desarrollar su capacidad.

En el Foro de Transformación nos proponemos incorporar, cada vez más y más personas procedentes de las diferentes comunidades autónomas con este perfil, con el objetivo de poder intercambiar las experiencias de avance y poder aprender para avanzar más rápido en la implementación.

Por último, en cada comunidad autónoma, en cada entorno local, se puede tener una visión, contar con los instrumentos y las herramientas para avanzar, se puede incluso haber empezado con el proceso de cambio, sin embargo, ¿es posible llevar a cabo este cambio ejerciendo el mismo estilo de liderazgo que en épocas pasadas?

Pensemos qué podría ocurrir si intentáramos implementar

este cambio con un estilo de liderazgo, únicamente, *top-down*, a modo de ejemplo, a través de una regulación (una ley o un desarrollo normativo).

El modelo organizativo del Sistema Sanitario Español se ha caracterizado en los últimos treinta años por una "hiperobediencia". Así, ha sido habitual decidir desde el centro de las organizaciones (comunidades autónomas, Sistemas Regionales de Salud, etc.) qué era lo que había que hacer en el conjunto de la organización, en el convencimiento de estar decidiendo la mejor opción posible. Posteriormente, se apelaba a la "obediencia" para que los cambios ocurrieran. Esto es, la ejecución de los planes ya definidos se trasladaban a la organización para su ejecución.

Sin embargo, el sistema ya ha empezado a dar señales de que algo está cambiando. Así, hoy en el año 2014, se puede afirmar que "somos un poco más rebeldes"⁴ y podemos aventurarnos a decir que si lanzamos señales de "arriba-abajo" y no facilitamos las condiciones para que esto se lleve a cabo, "el milagro" no se va a producir.

Se necesita, por tanto, **ejercer un estilo de liderazgo facilitador**. Sin embargo, la costumbre y el aprendizaje adquirido nos llevan innatamente a ejercer el estilo anterior.

"El ejercicio de un liderazgo facilitador supone un profundo cambio cultural."

¿Y cómo se puede ejercer un estilo de liderazgo facilitador que permita canalizar el máximo potencial de una organización? Dedicando tiempo y recursos al desarrollo de esta función:

- Crear foros para que las personas compartan su conocimiento y sus experiencias y puedan descubrir nuevas propuestas.
- Desencadenar procesos de participación y trabajo colaborativo *bottom-up*, propiciando nuevos procesos y canales de trabajo que faciliten lo anterior.
- Generar capacidad para poder dar respuesta a las iniciativas y propuestas que surgen cuando desencadenas procesos *bottom-up* de generación y desarrollo de ideas.

- Implementar sistemas de evaluación que permitan la toma de decisiones rápidas.

En las organizaciones hay un gran número de personas que se sienten cómodos con un modo de trabajar en el que alguien desde arriba les dice qué tienen que hacer. Cuando desde el centro de la organización se abren espacios en los que explicando la visión general se permite a los diferentes agentes aportar ideas e innovaciones, es necesario de inmediato articular procesos que permitan gestionar esta nueva manera de trabajar.

En este sentido, se visibilizan personas que se sienten "inseguras" en este nuevo rol en el que se les permite la implementación de innovaciones y también, aparecen muchas personas que de facto hacen uso de esta nueva oportunidad. Así, el número de experiencias que surgen es muy elevado y resulta fundamental crear procesos de evaluación a nivel central para asegurar la canalización de las iniciativas con la visión general de la organización, para de inmediato devolver la capacidad de desarrollo e implementación al ámbito local, actuando desde el centro de la organización como validador y facilitador en el despliegue de las iniciativas por las que se ha apostado.

El ejercicio de un liderazgo facilitador supone un profundo cambio cultural, esto es, implica pasar de una postura reactiva en la organización (¿qué tengo que hacer?) a otra mucho más proactiva (¿qué puedo hacer yo en mi contexto de trabajo?).

Por último, es importante **incorporar instrumentos transparentes de evaluación** que permitan llevar a cabo la escalabilidad de las iniciativas locales que hayan conseguido resultados. Tener abierto un proceso amplio de innovación local, conlleva la identificación, selección y evaluación de las iniciativas o intervenciones locales.

"Es necesario incorporar instrumentos transparentes de evaluación."

El siguiente reto que hoy preocupa y ocupa a la mayoría de los sistemas de salud es conseguir la escalabilidad de estas iniciativas que han obtenido éxito en su entorno local.

⁴ Nótese a modo de ejemplo cuál ha sido la reacción de las diferentes comunidades autónomas cuando el Ministerio ordenó la aplicación del RDL 16/2012.

Uno de los instrumentos que ya está empezando a tener un rol nuclear en esta tarea, la de la escalabilidad, es el **cambio en los objetivos de la función de compra y financiación de los servicios**.

Los diferentes proyectos de transformación que están probándose en los sistemas de salud empiezan a visualizar nuevas formas de organización de los diferentes proveedores de cuidados y servicios sanitarios: los Sistemas Locales de Salud o microsistemas. Se trata de entornos poblacionales en los que se ubican diferentes prestadores de servicios cuyo objetivo es maximizar la salud de la población a la que atienden, proveer los mejores servicios en función de las diferentes necesidades en salud y hacerlo del modo más eficiente posible.

En este contexto, **el financiador y el pagador** de dichos servicios que, cada vez más, tiene una visión clara del modelo organizativo que quiere lograr para mejorar la salud de su población protegida, **está empezando a exigir a los proveedores de cuidados mejoras en las “trayectorias de atención de los diferentes tipos de pacientes”**, ofreciendo señales explícitas del tipo de modelo que se pretende conseguir. A modo de ejemplo, se empieza a comprar más integración de cuidados, más coordinación sociosanitaria, más empoderamiento de pacientes, etc. vs. actividad.

De este modo, a través de los mecanismos de pago y financiación de los servicios se va realizando la redistribución de los recursos a nivel global. **Para ello, uno de los grandes ensambladores del sistema de salud es el pagador**.

La función de escalado puede llevarse a cabo de diferentes maneras: evaluando y escalando las iniciativas locales que se considere tienen potencial de réplica a nivel global o permitiendo que se vayan descubriendo en cada entorno local las implementaciones de los proyectos de cambio que se hayan seleccionado. Esta última opción se denominaría **“autodescubrimiento local”**. **La suma de los autodescubrimientos locales, a través del desarrollo de la función de ensamblaje, generaría la escala y dimensión suficiente para asegurar la implementación de los procesos de transformación**.

Los sistemas de información y los mecanismos de evaluación son otras de las poleas que es necesario

desarrollar para conseguir evidencias **que permitan incorporar en los ciclos de gestión anuales, a modo de objetivos de funcionamiento, el escalado de las experiencias de éxito**.

En definitiva, de la segunda reunión de trabajo del Foro de Transformación Sanitaria se concluye que para avanzar en la implementación y la escalabilidad de los proyectos de transformación, además de tener una visión, desarrollar una batería de herramientas que la hagan posible, inyectar energía permanentemente al proceso de cambio, ensamblar los avances y ser capaces de presentarlos con visión de conjunto; va a ser necesario profundizar en el desarrollo de un nuevo estilo de liderazgo que ejerza un rol facilitador, e introducir mecanismos de evaluación que permitan monitorizar los avances y establecer patrones para su escalado al conjunto de la organización. A través del autodescubrimiento local o su incorporación como objetivos estratégicos de cumplimiento anual y apoyarse en el desarrollo de sistemas de información y mecanismos de financiación que alineen a la organización con los objetivos de transformación establecidos.

Miembros del Foro de Transformación

Albert Ledesma Castelltort

Director del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria. Cataluña.

Joan Carles Contel

Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad.
Comité Operativo del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria. Cataluña

Ester Sarquella Casellas

Comité Operativo del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria. Cataluña.

Jesus Galván Romo

Viceconsejero de Sanidad y Asuntos Sociales.
Castilla La Mancha.

Francisco Merino López

Gerente del Área Integrada de Guadalajara. Castilla la Mancha.

Rafael Sánchez

Director General de Planificación e Innovación.
Castilla y León.

José M^a Pino Morales

Director General de Asistencia Sanitaria. Castilla y León.

Antonio Alemany

Director General de Atención Primaria. Madrid.

Ana Miquel

Gerente Adjunta de Planificación y Calidad en la Gerencia de Atención Primaria. Madrid.

Tomás Mendoza

Director de Recursos Humanos del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Guillermo Viñegra García

Viceconsejero de salud. País Vasco.

Rafael Navarro Ortega

Subdirector General de Ordenación y Atención Sanitaria.
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Cantabria.

M^aIsabel de Frutos Iglesias

Subdirectora de Asistencia Sanitaria. Cantabria.

Rafael Navarro Ortega

Director Gerente del Hospital Parayas. Cantabria.

Nieves Domínguez González

Xerente SERGAS. Galicia.

Julio García Comesaña

Subdirección Xeneral De Ordenacion Asistencial e Innovación Organizativa. Galicia.

Juanjo Rubio

Gerente del Servicio Navarro de Salud. Navarra.

Antonio Villacampa Duque

Director General de Planificación y Aseguramiento.
Aragón.

Ángel Sanz Barea

Gerente del Servicio Aragonés de salud. Aragón.

José Joaquín O'shanahan

Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud. Canarias.

Antonia M^a Pérez Pérez

Directora de Programas Asistenciales. Canarias.

María José Avilés Martínez

Subdirección General de Planificación y Gestión Sanitaria.
Valencia.

Juan Bautista Gómez Peñalba

Gerente del Departamento de Salud de Valencia.

Juan Manuel Beltrán Garrido

Subdirección General de Actividad Asistencial. Valencia.

Iñaki Berraondo Zabalegui

Director Financiación y Contratación del Departamento de salud. País Vasco.

Félix Rubial Bernárdez

Director Xeral de Asistencia Sanitaria. Galicia.

Jose Ignacio Yurss

Gerente General de Atención Primaria. Navarra.

Cesar Vicente Sánchez

Director General de la Conselleria de Salud, Familia y Bienestar Social. Islas Baleares.

Deusto Business School Health

Rafael Bengoa

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

Patricia Arratibel

Responsable de Proyectos, gestión y coordinación.
DBS Health.



Bilbao
Hermanos Aguirre 2
48014 Bilbao
Tel. +34 944 139 480

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: aida.jerezlu@deusto.es
www.dbs.deusto.es/health

