

JORNADA DE REFLEXIÓN:

Papel de las Sociedades Científicas en el Sistema Nacional de Salud

12 de Diciembre de 2013

Sociedades participantes en la jornada de trabajo y reflexión técnica:

- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGIA E INMUNOLOGIA CLINICA (SEAIC)
- ASOCIACION ESPAÑOLA DE BIOPATOLOGIA MEDICA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANATOMIA PATOLOGICA (SEAP-IAP)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGIA DIGESTIVA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE BIOQUIMICA CLINICA Y PATOLOGIA MOLECULAR
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA (SEC)
- ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS (AEC)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL (SECOM)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGIA PEDIATRICA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGIA PLASTICA REPARADORA Y ESTETICA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGIA TORACICA CARDIOVASCULAR
- ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGIA Y VENEREOLOGIA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICION (SEEN)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACOLOGIA CLINICA (SEFC)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA GERIATRICA (SEMEG)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIDROLOGIA MEDICA (S.E.H.M.)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (SEMFYC)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICOS GENERALES Y DE FAMILIA (SEMG)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA CRITICA Y UNIDADES CORONARIAS (SEMICYUC)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA (SEMI)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA NUCLEAR E IMAGEN MOLECULAR
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA CLINICA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGIA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA TORACICA (SEPAR)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROCIRUGIA (SENEC)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGIA MEDICA (SEOM)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA (SEOR)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (SEGO)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICOFACIAL
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRIA (AEP)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRIA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCION PRIMARIA (SEPEAP))
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGIA (SER)
- ASOCIACION ESPAÑOLA DE UROLOGIA

01

Introducción

02

Diagnóstico de situación y posibles escenarios para la sanidad española:
¿Un poco más de lo mismo o una transformación?

03

¿Qué pueden suponer estos cambios para los profesionales y las sociedades científico-médicas?

04

¿Y cuál es el punto de partida?
¿Cómo ven las sociedades científicas los retos y las necesidades que presenta hoy el sistema nacional de salud?
Respuestas al cuestionario.

05

¿Y cómo proponen las sociedades científico-médicas desarrollar dicho liderazgo? ¿En qué áreas concretas?
¿Con la colaboración de qué agentes?

06

¿Es posible asumir todas las intervenciones descritas?
¿Por dónde se propone empezar?:
"Definición de las intervenciones de las sociedades científico-médicas en el sns".

07

Conclusiones

08

ANEXO-Cuestionario

01

Introducción:

Nuestro Sistema Nacional de Salud se enfrenta a enormes y muy variados retos que presionan al sistema hacia un aumento de demanda de servicios sanitarios cada vez más sofisticados y costosos.

Sin embargo, la profunda crisis económico-financiera que estamos viviendo ha provocado que los presupuestos disponibles por parte de los gobiernos autonómicos se hayan visto afectados y, en el mejor de los casos, el aumento de demanda deberá ser atendido con presupuestos estables o incluso menores.

Esta realidad está urgiendo la toma de decisiones y la implementación de diferentes políticas e intervenciones públicas que buscan minimizar las consecuencias negativas de esta situación y que permitan garantizar la viabilidad a largo plazo de nuestro sistema sanitario.

Sin embargo, ante este diagnóstico que compartimos todos, se presentan diferentes alternativas de intervención que nos sitúan, en consecuencia, ante escenarios futuros del sistema sanitario, bien diferentes.

En este contexto de alternativas, desde FACME entendemos que los profesionales que hemos trabajado en la creación y consolidación del actual sistema de salud deberíamos ser, también, parte activa de esta reflexión y contribuir a realizar propuestas de intervención con las que nos sintamos motivados, que podamos implementar, y que nos permitan visualizar un futuro sistema sanitario que siga abanderado sus valores clave: universal, equitativo y de calidad.

Tradicionalmente los profesionales del sector hemos desempeñado un rol muy activo y con diferente grado de desarrollo en la configuración de los aspectos “micro” del sistema. Así, hemos tenido una participación muy señalada en la definición e implementación de guías de práctica

clínica, en el desarrollo de la gestión clínica, la evaluación experta en los procesos de incorporación de tecnologías y servicios, el avance en la seguridad clínica o el desarrollo de innovación en el ámbito local, entre otros.

Sin embargo, por diferentes motivos, adolecemos de un espacio de influencia organizado a nivel “macro” con el volumen y masa crítica suficientes que nos permita a los profesionales sanitarios, junto con el resto de agentes clave en un proceso de transformación global, ofrecer nuestra voz y realizar propuestas de mejora en un tema tan fundamental para nosotros como es la reconfiguración del sector sanitario público. Es decir, avanzar en el desarrollo de un liderazgo organizativo además del tradicional clínico que hemos abanderado.

Así, hemos concluido que las sociedades científico-médicas por razón de nuestro reconocimiento y orientación profesional, apoyadas desde FACME, somos el grupo ideal para iniciar un foro de reflexión serio y compartido del que podamos obtener propuestas para mejorar y construir el futuro sistema sanitario desde la visión de sus profesionales.

En la búsqueda de estrategias concretas de actuación para que las sociedades científico-médicas tengan un papel decisor en los cambios que se están produciendo y que tienen que producirse en nuestro Sistema Nacional de Salud, hemos organizado una jornada para reflexionar sobre los motivos de estos cambios, el papel de los profesionales en los mismos y el de las sociedades científico-médicas como estandartes del conocimiento científico y del consenso profesional en todo el territorio nacional.

Como resultado, en este documento se recogen intervenciones y actuaciones concretas que pueden ser lideradas por FACME como representante de los intereses de las sociedades científico-médicas.

02

Diagnóstico de situación y posibles escenarios para la sanidad española: ¿Un poco más de lo mismo o una transformación?

2.1. LOS RETOS Y LOS CAMBIOS

Si en la actualidad hay algo que cohesionan a todos los agentes alrededor del sistema sanitario es su **diagnóstico**, especialmente el conocimiento de los retos y los cambios a los que se enfrentan los sistemas de salud.

Estos retos y cambios son múltiples y variados. En el sector salud existen muchos **retos clínicos** sobre los que seguir trabajando en la próxima década. Estos retos se sitúan, especialmente, en el ámbito de la **calidad y la seguridad** clínica. Aunque los avances que han experimentado los sistemas sanitarios desarrollados en estos ámbitos han sido muy notorios, todavía existe un recorrido de mejora amplio en materias como la **gestión de duplicidades** (tanto de fármacos como de pruebas diagnósticas,...), la gestión de **interacciones medicamentosas, la reducción y optimización de los tiempos diagnósticos, las tasas y coberturas de vacunación, la reducción de las infecciones nosocomiales, la implementación de check list en quirófanos, etc.**

Otros de los retos que tienen por delante los sistemas de salud llevan dando señales de su dimensión desde hace años, si bien, se pueden seguir considerando retos, en tanto en cuanto, los sistemas sanitarios desarrollados, hoy, no son capaces de darles una respuesta organizada. Nos referimos especialmente a los **cambios demográficos y epidemiológicos**.

Estos cambios nos sitúan en un contexto de atención sanitaria que se caracteriza por un aumento exponencial de la **patología crónica y la pluripatología**, especialmente exacerbadas por un aumento significativo de la proporción de población situada en cohortes de edad superiores a los 65 años.

Esta realidad, lejos de mejorar en el corto y medio plazo, se agudizará y los sistemas sanitarios deben estar preparados para afrontarla de la mejor manera posible.



Sin embargo, **la organización** de los sistemas sanitarios hoy **no está adaptada a esta realidad**. Se constata una **elevada fragmentación** de la atención y los cuidados que se hace evidente cuando se analiza el continuo de la atención requerida por la mayoría de los pacientes crónicos y pluripatológicos que transitan hoy por nuestro sistema de salud.

“La organización de los sistemas sanitarios no está preparada para afrontar los cambios demográficos y epidemiológicos”.

Un **inicial diseño organizativo** en un contexto radicalmente opuesto al actual, **donde la atención a la patología aguda era la prioridad**, propició una estructuración del **sistema sanitario muy centrada en los recursos**.

Los posteriores **avances científico-técnicos**, la consiguiente **superespecialización de la atención** sanitaria y una **orientación de la financiación** durante todos estos años muy **focalizada** en la medición del funcionamiento y uso de **los recursos empleados** (actos clínicos y actividad generada), entre otros factores, han contribuido a la organización y estructuración de los sistemas sanitarios en secciones y micro áreas independientes, donde la demanda se ha ido adaptando a la oferta instalada.

Sin embargo, el contexto que propició este desarrollo ha cambiado y va a cambiar aún más y la fragmentación referida se va a hacer cada vez más evidente e insostenible, no sólo desde un punto de vista económico, sino también de las necesidades de atención y cuidados que hoy requieren la mayoría de los pacientes.

“Un inicial diseño organizativo donde la asistencia a la patología aguda era la prioridad, propició una estructuración del sistema sanitario muy centrada en los recursos”.

Esta **organización interna en secciones**, además, **presenta un hándicap** importante desde el punto de vista de la planificación y gestión global del “sistema”: es **complicado generar escalabilidad** y hace **necesario introducir nuevos elementos que ayuden a unir** y generar relaciones y contactos estructurados y permanentes entre los diferentes niveles de atención y áreas de especialización **para lograr una visión holística del paciente**.

Esta tarea no es simple. A los cambios demográficos y epidemiológicos y a la actual organización fragmentada del sistema, hay que añadir **cambios** igualmente relevantes **en las expectativas de los usuarios del sistema**. La propia configuración del sistema sanitario unido a la asimetría de información que se da entre el paciente y el profesional sanitario ha ido generando un tipo de **usuario** por un lado, **pasivo y**, por otro, **hiperdemandante**.

“La organización interna en secciones complica la escalabilidad de cualquier cambio y hace necesario introducir elementos al sistema que ayuden a unir y crear puentes”.

Pasivo, en tanto en cuanto, acude al sistema sanitario en busca de una respuesta a su problema de salud, esto es, **con baja conciencia de su responsabilidad individual en el manejo y control de su enfermedad**. El propio sistema sanitario “ha educado” al paciente de manera pasiva: “Ante cualquier problema acuda a su médico...”.

Pero al mismo tiempo, ha generado una **dependencia extrema del paciente con el sistema**, fomentando un **paternalismo** que ante el cambio de paradigma epidemiológico (prevalencia mayor de patología crónica vs. aguda) no va a ser capaz de mantener, incluso en un contexto de solvencia económica (sería necesario multiplicar la actual estructura sanitaria).

Este último hecho unido a un sistema sanitario muy accesible, en contextos económicos solventes y guiado por objetivos expansivos (más coberturas, más servicios, más estructuras, más actividad.....) ha contribuido a generar un **tipo de usuario del sistema hiperfrecuentador e hiperdemandante**.

El usuario que acude hoy al sistema sanitario, **se ha visto** igualmente **influidor por los cambios tecnológicos y sociales**. Vive en un contexto globalizado, accede a mucha información y ha aprendido nuevas maneras de relación que, sin embargo, el sistema sanitario no es capaz de corresponder todavía al mismo nivel. Aunque se están dando importantes avances en este sentido, todavía hoy los pacientes no pueden consultar, por ejemplo, su historia clínica “on line” en cualquier momento del día, o no tienen un contacto directo y permanente con el sistema sanitario al que poder acudir para resolver dudas o inquietudes en relación a su estado de salud o de un familiar, en cualquier momento.

Todos estos cambios sociales y tecnológicos sitúan al **paciente** en un nuevo escenario en el que **está preparado para conocer y saber más acerca de su enfermedad**, de su evolución, de su cuidado y está más predispuesto a convertirse en un sujeto “activo” de su salud. **Los sistemas sanitarios hoy deben aprender a desarrollar esta función de una manera estructurada y organizada.**

Realizar muchas de las intervenciones necesarias para afrontar los retos expuestos, no es fácil. Si hay una palabra que describe bien los sistemas sanitarios ésta es **su complejidad**. Existen pocos sectores de actividad que generen tal volumen de procesos: más de 13.500 diagnósticos diferentes, más de 6.000 medicamentos, más de 4.000 intervenciones quirúrgicas diferentes, millones de actos clínicos....) y todo ello, 24*7, es decir, todos los días del año, a todas las horas del día. Sin duda, **gestionar esta complejidad de manera eficaz y eficiente es un gran reto.**

Todos los cambios y retos citados hasta el momento son suficientes para afirmar que los sistemas sanitarios hoy están en plena ebullición. No obstante, hay uno que ha contribuido de manera especial a hacer más visible, si cabe, todos los anteriores: **la crisis económica**. Es cierto que muchos de los retos expuestos no son nuevos y los sistemas sanitarios los venían conociendo desde hacía tiempo, si bien, un contexto económico positivo y una especial valoración ciudadana del

sistema sanitario, han contribuido a seguir manteniendo el “status quo” mediante la siguiente ecuación: ante una mayor demanda o presión de factores que traccionaban el gasto sanitario al alza: inyección proporcional de recursos económicos (más recursos humanos, más tecnología o más fármacos, principalmente) para dar respuesta.

Esta ecuación se ha mantenido en el tiempo porque los recursos disponibles para financiar los sistemas sanitarios aumentaban en proporción suficiente como para mantener el “status quo” (a veces un poco mejor a veces un poco peor). Sin embargo, **esta ecuación se ha roto**. El **actual contexto de crisis económica** ha puesto de manifiesto que los recursos futuros para mantener el sistema sanitario serán, como mucho, similares a los actuales, quizás algo mayores, pero nunca exponencialmente mayores como lo han sido en los últimos años e, incluso en algunos momentos, serán inferiores.

“Gestionar la complejidad del sistema sanitario de manera estructurada y organizada es un reto en sí mismo”.

Esta ecuación, por tanto, no sólo se ha roto durante el periodo de crisis económica, sino que parece haberse roto para siempre y, por tanto, **los sistemas sanitarios tienen que ser capaces de mantenerse con una inversión de recursos similar a la actual.**

En definitiva, **la actual crisis económica ha servido para agudizar la necesidad de hacer cambios profundos** en los sistemas sanitarios y puede considerarse una oportunidad para **llevar a cabo las transformaciones estructurales que demandan los sistemas de salud para seguir siendo sostenibles en el tiempo.**

“La actual crisis económica ha servido para agudizar la necesidad de hacer cambios profundos, una transformación estructural, en los sistemas de salud para ser sostenibles en el tiempo”.



Esta situación económica también ha provocado **cambios profundos en los pagadores y financiadores de los sistemas sanitarios**. Como se ha comentado, los sistemas sanitarios se han orientado a la consecución de objetivos expansivos y focalizados en el desarrollo de output: actos clínicos, actividad, procesos... Sin embargo, **dada la situación económica, los compradores se ven obligados a comprar valor, a comprar resultados, outcomes de los sistemas sanitarios**: más calidad, más seguridad, más integración y continuidad asistencial, ...y más eficiencia.

Hasta ahora, los compradores no hacían especial énfasis en la obtención de resultados, entre otras razones, porque no existe una cultura evaluativa por parte del financiador y de los pacientes, ni existe una cultura de transparencia por parte de las administraciones y los proveedores que permitan la comparación de resultados finales y valor para el paciente en la "compra sanitaria",

Sin embargo, esto está cambiando. Por un lado, la crisis económica obliga a los financiadores a buscar más valor, en términos de salud, y más eficiencia por cada euro invertido. Por otro lado, la **figura del consumidor informado y la cultura de la transparencia son dos objetivos** que cada vez tienen más presentes los **agentes reguladores**, que en poco espacio de tiempo van a ir progresivamente "obligando" a los proveedores de asistencia sanitaria a definir, medir y publicar indicadores de resultados y valor generado que permitan a los usuarios y pacientes elegir el tipo de prestación sanitaria que quieren recibir de acuerdo a los resultados de estos nuevos indicadores.

Todos estos cambios y retos de los sistemas de salud, además de otros, sitúan a **los profesionales del sistema sanitario, en general, y a las sociedades científico-médicas** en particular, **ante un nuevo escenario y contexto en el que se hace necesario decidir qué rol pueden y quieren desempeñar y tomar las decisiones necesarias para contribuir a la definición del nuevo sistema sanitario del futuro próximo**.

"La situación económica también ha provocado cambios en los pagadores y financiadores de los sistemas sanitarios que se ven obligados a comprar valor y resultados vs. actividad y recursos".

2.2. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES, A NIVEL MACRO, QUE SE ESTÁN LLEVANDO A CABO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, HOY?

De manera prioritaria podrían resumirse estas intervenciones en tres grandes áreas o grupos:

- Intervenciones de **regulación de la cobertura**.
- Intervenciones de **regulación de la financiación** del sistema sanitario.
- Intervenciones de **"exploración" de cambios en los equilibrios de gestión**.

Dentro del primer grupo se sitúan las medidas recogidas en el RDL 16/2012 y su desarrollo normativo por los cuales se modifica el modelo de aseguramiento y la estructura general de la cartera de prestaciones y servicios sanitarios.

En el segundo grupo se resumen las intervenciones de incorporación de nuevos copagos en el sistema sanitario, bien relativos a fármacos, bien relativos a algunas prestaciones sanitarias.

En el tercer grupo, se incluyen las experiencias que se están desarrollando en algunas comunidades autónomas y que se concretan en la modificación del equilibrio de gestión público-privado existente hasta la fecha, explorándose diferentes modelos con mayor o menor peso relativo de la gestión privada vs. la gestión pública.

No es objetivo de este documento realizar un análisis pormenorizado y una consecuente valoración individual de cada intervención, pero sí, **invitar a una reflexión y**



valoración general sobre el impacto global de estas intervenciones en el sistema sanitario.

No cabe duda que **estas intervenciones** van a tener y ya están teniendo un **impacto real sobre los usuarios**, pero también **sobre los profesionales** del sistema sanitario.

Para realizar dicha reflexión, se utilizan cuatro de las **dimensiones generales** que caracterizan diferentes tipos de sistemas sanitarios a nivel mundial:

- El grado o nivel de **equidad** que presenta el sistema
- La **cartera de prestaciones general** que ofrece el sistema sanitario y su actual catálogo de servicios sanitarios.
- El **grado o nivel de accesibilidad** que presenta el sistema.
- La **financiación o los recursos** públicos con los que cuenta el sistema sanitario para poner en funcionamiento lo anterior.

“No parece que sólo con estas intervenciones se puedan afrontar con suficientes garantías de éxito el conjunto de retos futuros: Son intervenciones que **NO CAMBIAN EL MODELO ASISTENCIAL ACTUAL**”.

En función de estas cuatro dimensiones generales pueden describirse los diferentes sistemas sanitarios mundiales. Si situamos estas cuatro dimensiones en unos ejes cartesianos e intentamos describir el Sistema Nacional de Salud, posiblemente nos saldría representado un cuadrilátero muy parecido a un rombo. Esto es debido a que, en general, nuestro Sistema Nacional de Salud se caracteriza por una tener una cobertura amplia de prestaciones, por ser un sistema universal y equitativo, con una elevada accesibilidad, (si bien, no existe una libre elección en todo el sistema) y por contar con una financiación mayoritariamente pública.

Cualquier intervención sanitaria en alguna de las cuatro dimensiones conlleva un impacto en el resto. De hecho, nuestro Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por procurar objetivos expansivos de prestaciones, acceso y equidad, manteniendo elevados niveles de calidad, lo que ha derivado en un aumento proporcional de los recursos destinados a la financiación del sistema sanitario durante los últimos años.

“Las principales intervenciones que se están dando hoy a nivel macro sobre el sistema son: de regulación de cobertura, regulación de la financiación y exploración de cambios en los equilibrios de gestión”.



Deusto Business School Health

Siguiendo este marco diagnóstico, si tratamos de visualizar el impacto que sobre estas dimensiones de análisis tienen las intervenciones macro que se están desarrollando sobre el sistema (regulación de cobertura, regulación de financiación y “exploración” de modelos de gestión), **la fotografía no cambia mucho en su diseño inicial, si bien, la figura parece hacerse algo más pequeña (reducción, recorte)**. A modo de ejemplo, un copago sanitario actúa como barrera, supone una traba para el usuario en el acceso, reduce la equidad para los colectivos afectados y distribuye una financiación inicialmente pública entre los usuarios. La regulación de cobertura para el colectivo de inmigrantes, reduce la equidad en el acceso para este grupo y distribuye la

¹ La libre elección no se está explorando de manera generalizada en todas las CCAA.

financiación inicialmente pública. Se reducen las prestaciones para este grupo y la accesibilidad.

La suma del impacto de las tres intervenciones macro descritas en las cuatro dimensiones de análisis, refleja una figura muy similar, aunque algo más pequeña² en dimensión.

La pregunta que cabe hacerse en relación al diagnóstico inicial es si estas intervenciones sobre el sistema sanitario son suficientes para abordar los retos futuros. En este sentido, **no parece razonable pensar que únicamente con estas intervenciones se puedan afrontar con suficientes garantías de éxito el conjunto de retos futuros descritos.**

¿Y cuál es la principal razón que se esgrime para realizar esta afirmación? Pues sencillamente que **todas estas intervenciones macro (regulación de cobertura, regulación de financiación y “exploración” de modelos de gestión)** tienen una característica común: que **NO cambian el modelo asistencial** actual, son intervenciones extrínsecas al sistema, que generan resultados a corto plazo pero que no preparan al sistema para realizar la prestación asistencial de manera diferente y, por tanto, NO son suficientes para dar respuesta a la complejidad de los retos.

Parece como si la actual situación de “crisis económica” fuera la que estuviera liderando la agenda de los cambios sobre el sistema, más que los verdaderos retos a los que se enfrentan hoy los sistemas sanitarios (calidad, seguridad, complejidad, fragmentación, demografía, epidemiología, expectativas de los pacientes....).

2.3. ¿HAY MARGEN DE MANIOBRA SI SE IDENTIFICA UN MODELO ASISTENCIAL DIFERENTE?

Por tanto, **cabe preguntarse si existe alternativa a la lógica de contención del gasto, limitándola a lo estrictamente necesario y efectivo, y complementándola con una estrategia transformadora que permita preparar al sistema sanitario para dar respuesta a los retos a los que se enfrenta (La doble agenda).**

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...



Deusto Business School Health

Del mismo modo que ante un paciente pluripatológico se precisa una intervención clínica múltiple y compleja, nuestro sistema de salud organizativamente es un sistema pluripatológico, que precisa de intervenciones complejas y de un esfuerzo colectivo multidisciplinar de todos los agentes que lo componen.

² Nótese que se ha proyectado el eje de la accesibilidad más alargado tratando de reflejar el impacto de las intervenciones que se están llevando a cabo en algunas CCAA en este eje (libre elección), si bien, a priori una intervención de este tipo debería tener una consecuencia en la financiación o en la reorganización interna de los recursos y por tanto, nuevamente en la accesibilidad. Dado que estas experiencias están probándose y no se dispone aún de evidencia suficiente, se ha omitido este impacto en la representación gráfica.

Por tanto, ¿hay margen de maniobra si se identifica un modelo asistencial diferente? **La respuesta es afirmativa: EXPLORANDO LA TRANSFORMACIÓN DEL ACTUAL MODELO ASISTENCIAL.** “No es posible realizar medicina del siglo XXI con el chasis de 1.970”. Un médico que hubiera desarrollado su trayectoria profesional en los años 50 ó 60, hoy se sorprendería de los avances que se han realizado a nivel clínico y prácticamente no reconocería el nuevo contexto. Sin embargo, reconocería perfectamente la organización del sistema, porque ésta apenas ha cambiado. Por tanto, se puede explorar:



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

- PACIENTE: organizado en torno a él. Valor salud
- Continuidad y coordinación asistencial
- Proactivo en la atención
- Paternalista
- Paciente responsable y emponderado en el conocimiento y gestión de su enfermedad.
- Acceso mixto
- Liderazgo descentralizado
- Financiación de resultados

Deusto Business School Health

Sin embargo, **una transformación conlleva un cambio complejo.** ¿Cómo se puede llevar a cabo? ¿Qué es necesario articular? ¿Es posible?.

La sostenibilidad del sistema nacional de salud es un problema multidimensional y, por tanto, su solución es igualmente compleja y multidimensional.

Además de gestionar el corto plazo implica **simultanear** diferentes **intervenciones complejas** que de manera sinérgica promuevan una **TRANSFORMACIÓN** profunda del sistema. **Algunos ejemplos de estas INTERVENCIONES** son, entre otras, las siguientes:

- **Más integración de cuidados:** definir rutas asistenciales y elementos de coordinación entre niveles asistenciales que permitan ofrecer continuidad de cuidados; definir un plan de cuidados para cada paciente adaptado a sus necesidades y nivel de riesgo de manera proactiva; garantizar que el plan de cuidados esté integrado y coordinado entre los niveles asistenciales, etc.
- **Más activación y empoderamiento de pacientes:** fomento de la responsabilidad y autogestión por parte de los pacientes a través de más y diferentes sistemas de educación organizados y estructurados.
- **Gestión poblacional por estratificación de riesgo:** diseño, desarrollo y evaluación de intervenciones específicas para pacientes diana en cada estrato de la pirámide de riesgo.
- **Más integración con los servicios sociales:** gestión de casos, nuevos roles profesionales, coordinación sociosanitaria...

“Cabe preguntarse si existe alternativa a la lógica de contención del gasto, limitándola a lo estrictamente necesario y efectivo, y complementándola con una estrategia transformadora que permita preparar al sistema sanitario para dar respuesta a los retos a los que se enfrenta”: **LA DOBLE AGENDA.**

- **Estrategia global para acercar la sanidad a la revolución digital:** despliegue de la historia clínica, la receta electrónica, la telemedicina, los telecuidados, la telemonitorización...

- **Cambios en los modelos de contratación y financiación:** que los responsables de la contratación de servicios compren a los prestadores de servicios valor y resultados, no simplemente más actividad clínica.

“La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud es un problema multidimensional y su solución es igualmente compleja y multidimensional: **LA TRANSFORMACIÓN DEL ACTUAL MODELO ASISTENCIAL**”.

Si se analizan estas intervenciones que persiguen la transformación es obvio que **en todas ellas se hace necesaria la participación de los profesionales** del sistema para llevarlas a cabo, **a diferencia de las intervenciones que han sido descritas en el punto anterior** (regulación de cobertura, regulación de financiación y “exploración” de modelos de gestión) **que pueden ser ejecutadas sin la participación de los profesionales y “sobre” ellos.**

Todas y cada una de **estas intervenciones son difíciles de implementar y desatan muchos miedos** en la mayoría de los agentes que deben responsabilizarse de su implementación: los pagadores, los proveedores, la industria, la sociedad... **pero generan un marco de avance donde la COLABORACIÓN de todos los agentes es positiva y necesaria.**

En definitiva, estas intervenciones cuentan con argumentación a favor de su desarrollo **en contraste con otras de las intervenciones y reformas** que han sido iniciadas en el Sistema Nacional de Salud:

- Presentan una **evidencia científica creciente a favor:** mejoran los resultados de gestión y la calidad de los servicios.
- **Son “controlables” y por tanto, pueden planificarse.** Por el contrario, cuando se promueven otras intervenciones, pueden desatarse fuerzas en el sistema que sean imposibles de controlar. (A modo de ejemplo: la política de aumento de privatización).
- Son intervenciones que **buscan el fortalecimiento del sector público** y en un sistema como el nuestro, esto **cohesiona a la mayoría de los agentes que forman parte del mismo** (profesionales, sindicatos,...).
- Y, sobre todo, estas intervenciones, buscan promover cambios en el sistema que **están alineados con las demandas que realizan hoy los pacientes:** tener acceso a su historia clínica en cualquier momento; tener acceso directo o permanente con el sistema sanitario para poder preguntar o realizar consultas; no tener que repetir “su” problema de salud a cada profesional porque se han puesto de acuerdo en cómo mejorar “sus” cuidados; sentirse cuidado y vigilado permanentemente; conocer mejor “su” enfermedad y saber cuidarse; poder y saber ayudar a cuidar; recibir los cuidados que necesita en su hogar y en su entorno más próximo; etc.

2.4. ¿CÓMO PUEDEN CONTRIBUIR LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS A GENERAR UNA MANERA DE TRABAJAR MÁS COORDINADA UNAS CON OTRAS?

Foros de trabajo como el que ha liderado FACME permiten iniciar un camino de colaboración e intercambio de propuestas e iniciativas que posibilitan compartir conocimiento y generar sinergias entre las diferentes sociedades científico-técnicas.

Es necesario encontrar un mayor y mejor equilibrio entre los niveles del sistema (nivel político (macro y meso) y nivel clínico (micro) **y sus objetivos finales** (salud, calidad de cuidados y eficiencia). De lo contrario la tensión ente las diferentes culturas y el desalineamiento en los objetivos serán insostenibles.

Precisamente en la reorganización del modelo asistencial, con una definición de roles y funciones claras entre los niveles macro, meso y micro del sistema, (según conocimiento y competencia) y en un alineamiento de objetivos en cada nivel hacia una triple meta (más y mejor salud, mejores cuidados y más eficiencia) es donde está y **se debe encontrar la futura SOSTENIBILIDAD del sector.**

Los profesionales sanitarios y las sociedades científico-médicas deben apostar y acompañar esta búsqueda si quieren asegurar un sector público futuro “resiliente” y de calidad.

“Foros de trabajo como el que ha liderado FACME permiten iniciar un camino de colaboración que posibilita compartir conocimiento y generar sinergias entre las diferentes sociedades científico-técnicas”.

Uno de los roles que deberían desarrollar activamente es el de ayudar al sistema sanitario a **generar el conocimiento necesario para progresivamente construir trayectorias de atención para los pacientes multidisciplinares, integradas, globales y más eficientes.** Esto debe hacerse con una elevada colaboración entre profesionales y entre sociedades científico-médicas.

Para poder avanzar **en este camino va a ser necesario permeabilizar poco a poco las sociedades científico-médicas y a los propios profesionales**, tratando de minimizar algunos de los protagonismos que se han ido generando con el paso del tiempo para poder iniciar un marco de colaboración que permita avanzar en la transformación.

“Es necesario encontrar un mayor y mejor equilibrio entre los niveles del sistema (nivel macro, meso y micro) y sus objetivos finales (salud, calidad de cuidados y eficiencia)”.

En España existen hoy muchas experiencias de avance en la dirección pretendida, sin embargo, **no existe un Sistema Nacional de Salud que recoja e integre todas estas experiencias para que sirvan de aprendizaje continuo en el viaje de la transformación del modelo asistencial**. Normalmente cuando se consiguen avances en la dirección descrita suele ser consecuencia de la existencia de un liderazgo clínico o un mayor poder y capacidad de los profesionales para realizar cambios. Existen hoy muchas ineficiencias que pueden corregirse y para ello **es necesario otorgar una mayor capacidad de gestión a los profesionales**.

Lo importante es iniciar el recorrido, el viaje de la transformación. Su complejidad inmediatamente desata barreras que invitan al inmovilismo. Sin embargo, la urgencia de los retos ya ha emergido con más fuerza en muchos sistemas sanitarios desarrollados¹ y ha impulsado el inicio de la transformación.

En los sistemas que ya han iniciado el recorrido de cambio se observa que **cada vez se está procurando una mayor participación de los profesionales**. Ya no sólo se les pide que realicen medicina, buena clínica, sino que cada vez más se les va a recompensar por hacer un ejercicio de la medicina diferente, que sirva para madurar el «chasis viejo» (innovación organizativa).

¿Seguirá el sistema de salud interviniendo “sobre” los profesionales o hay alguna alternativa a explorar?

Poco a poco se va a tener que ir desarrollando por parte del nivel político un liderazgo más descentralizado y distribuido que apoye una planificación emergente.

¿Y por qué se va a hacer cada vez más necesario para el ámbito político crear condiciones para lograr una mayor colaboración con los clínicos?

“Es en la reorganización del modelo asistencial donde está la futura **SOSTENIBILIDAD del sector**”.

Por varias **razones**:

- **Las intervenciones que es necesario realizar para TRANSFORMAR el modelo asistencial** (integrar cuidados, empoderar pacientes, estratificar riesgo, etc) **vs. las intervenciones que no cambian dicho modelo asistencial** (regulación de cobertura, regulación de financiación y “exploración” de modelos de gestión) **requieren la participación de los profesionales, no se pueden hacer “sobre” los profesionales.**

“Uno de los roles que deberían desarrollar más activamente las sociedades científico-médicas es ayudar al Sistema Nacional de Salud a generar el conocimiento necesario para construir trayectorias de atención a pacientes multidisciplinares, integradas y globales”.

- **No se dan hoy las condiciones políticas para que se formalice un Pacto por la sanidad** y la urgencia de los retos obliga a tomar decisiones.
- Porque **explorar intervenciones bajo un estilo de liderazgo exclusivamente “top-down” genera muchos “anticuerpos”** entre los diferentes agentes que hay que orquestar en el sistema.
- Porque cada vez existe mayor evidencia científica² que apunta a que una mayor participación de los profesionales redonda en beneficios para todo el sistema. A **mayor participación de los profesionales no sólo aumenta la productividad del sistema**, sino que mejoran los resultados finales: aumento de satisfacción de pacientes, mejora de la seguridad, la calidad y la eficiencia del sistema.

“Es necesario otorgar un mayor poder a los profesionales”.

¹ Escocia, Irlanda del Norte, Nueva Zelanda, EEUU, Holanda y muchas comunidades autónomas.

² West M, Dawson J. Employee engagement and NHS performance. The King's Fund: 2012.

“Poco a poco se va a tener que ir desarrollando por parte del nivel político un liderazgo más descentralizado y distribuido que apoye una planificación emergente”.

Por tanto, cada vez más los **directivos y gestores van a tener la necesidad de explorar nuevas fórmulas de aumentar la participación de los profesionales** porque el contexto económico ha variado y van a necesitar buscar eficiencia a la vez que seguir mejorando la salud de la población y mejorando los cuidados. En definitiva, **van a necesitar gestionar una doble agenda donde la TRANSFORMACIÓN empiece a ocupar gran parte de su tiempo y sus esfuerzos. Y para ello, necesitan contar, ineludiblemente, “CON” los profesionales.**

Una de las maneras de conseguirlo es **incentivar y promover más y mejor gestión clínica, mayor dedicación de los profesionales no sólo a la práctica clínica, sino también a mejorar los procesos, la organización, la coordinación,... en definitiva, procurar la mejora del desempeño de su actividad diaria.**

Sin embargo, **hay maneras adicionales de promover un mayor “engagement” de los profesionales con el sistema. Foros como el liderado por FACME pretenden generar los espacios de trabajo necesarios donde aprender y descubrir juntos formas de avanzar en esta dirección.**

Esto ya se ha conseguido, en parte, en sistemas similares al nuestro como el NHS y por tanto, YA existen experiencias de las que poder aprender para avanzar.

“Cada vez más los directivos y gestores van a tener la necesidad de explorar nuevas fórmulas de aumentar la participación de los profesionales”

“Una de las maneras de conseguirlo es incentivar y promover más y mejor gestión clínica, mayor dedicación de los profesionales no sólo a la práctica clínica, sino también a mejorar los procesos, la organización, la coordinación, ...”

2.5. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES BARRERAS QUE EXISTEN HOY Y QUE NOS IMPIDEN AVANZAR MÁS RÁPIDO EN ESTA DIRECCIÓN?

Pues básicamente que **tenemos una organización que no es “inteligente”, sino que se compone de diferentes piezas que no tienen bien alineados sus objetivos:** la organización se ha orientado a sostenerse a sí misma, sus profesionales son participantes que están en la organización y que tienen miedo a veces a asumir un liderazgo que supone tomar decisiones arriesgadas, los gestores, a pesar de estar muy formados, tienen muchas limitaciones que les impiden desarrollar su potencial, a modo de ejemplo, a veces deberían enfrentarse a compañeros de profesión que ante una posible vuelta a su puesto clínico se intenta evitar para no generar tensiones innecesarias; y, por último, el nivel político se guía por objetivos cortoplacistas de cuatro años y, a veces, llevar a cabo algunas intervenciones no resulta rentable para lograr los objetivos personales de longevidad política.

En este contexto **se hace necesario** cuando menos consensuar algunos acuerdos que permitan alinear intereses, como por ejemplo, **establecer períodos de reforma y cambio que trasciendan los cuatro años de cada ciclo político.**

Desde cada uno de los niveles del sistema, se acostumbra a echar la culpa del inmovilismo al resto. A modo de ejemplo, los profesionales sanitarios culpan a los directivos de no articular mecanismo y cauces que les permita organizarse y ejercer un liderazgo más activo. Se espera que el liderazgo lo reconozca el gestor en vez de desarrollarlo por iniciativa propia. Esto unido a los **miedos** y la **resistencia** que cada agente en el sistema desarrolla junto a cierta parte de desidia en un **modelo en el que los incentivos económicos han sido los que han motivado los cambios** principalmente, no invita, al desarrollo de un liderazgo activo.

Sin embargo, las sociedades científico-médicas que han trabajado en esta sesión han manifestado que deben corregirse los fallos que se han dado en el pasado, y han reflexionado sobre las áreas de intervención que deben iniciarse sobre el sistema. Han realizado sus propuestas de colaboración y trabajo para tener una participación más activa en la toma de decisiones que conciernen al Sistema Nacional de Salud”

03

¿Qué pueden suponer estos cambios para los profesionales y las sociedades científico-médicas?

Las intervenciones descritas en el punto anterior, necesarias para lograr una transformación del modelo asistencial, suponen **un cambio muy profundo en el contexto sanitario**. Este cambio va a ser **el mayor de los últimos treinta años e impacta en los diferentes agentes del sector**: pacientes, profesionales, sociedades científico-médicas, responsables políticos, etc.

¿Y qué **impacto directo** va a tener este cambio en el **desarrollo de la actividad diaria de los profesionales sanitarios**?

Pues principalmente esta TRANSFORMACIÓN va a **forzar a los profesionales, a los equipos de trabajo, a PROFUNDIZAR EN EL CONOCIMIENTO Y LA MEJORA DE LA TRAYECTORIA ASISTENCIAL DE CADA PACIENTE**, esto es, a repensar el tránsito de un paciente por el actual sistema sanitario (y sociosanitario) adecuándolo a su necesidad, aportando la mejora de cuidados que dicho paciente precisa en su contexto de salud y, además, realizándolo del modo más eficiente posible.

“No estamos acostumbrados a compartir foros de trabajo para aprender unos de otros y mejorar la colaboración y coordinación”.

La TRANSFORMACIÓN va a forzar a los profesionales a PROFUNDIZAR EN EL CONOCIMIENTO Y LA MEJORA DE LA TRAYECTORIA ASISTENCIAL DE CADA PACIENTE”

Esto implica que la actividad que desarrollen los profesionales sanitarios va a tener un impacto creciente en la organización y el desarrollo del modelo asistencial.

En este sentido, **cada vez va a ser necesario definir la actividad de los profesionales con un enfoque multidisciplinar en su planificación, diseño y ejecución y, por otro, cada vez va a ser más necesario medir y evaluar estas intervenciones desde una perspectiva de la obtención de valor para los pacientes**. A modo de ejemplo, el modelo americano o el modelo inglés nos sacan una gran ventaja en este sentido de la que poder aprender. En estos casos, el pagador, el financiador del sistema ha exigido progresivamente el desarrollo de esta cultura evaluativa.

En nuestro contexto, **la Unión Europea va a requerir a los provisosores de asistencia sanitaria la publicación de resultados, y así poco a poco se va a ir generando una situación de transparencia a la que no estamos acostumbrados y que debemos empezar a gestionar**. Esta situación, va a favorecer tanto a los usuarios del sistema que podrán realizar un “consumo” de servicios más informado, como a los pagadores y financiadores que tendrán información suficiente para poder modificar su función y orientarla a la exigencia de resultados en salud y mayor valor para los pacientes. **Para los profesionales, esto implica que los resultados de su actividad cada vez van a ser más visibles**.

Poco a poco los financiadores del sistema van a ir “comprando” trayectorias asistenciales vs. actividad y actos clínicos. Estas trayectorias para los profesionales ya no sólo van a suponer una mayor dedicación de su actividad a la práctica clínica, sino que en su definición y gestión además estarán influyendo en el verdadero cambio organizativo que precisa el actual modelo asistencial.

Poco a poco **las nuevas trayectorias asistenciales serán definidas y gestionadas por los propios profesionales (nivel micro) más que por los planificadores macro del sistema (nivel político)**. Estos últimos serán quienes comprarán y contratarán dichas trayectorias para aumentar

“Cada vez va a ser necesario definir la actividad de los profesionales con un enfoque multidisciplinar en su planificación, diseño y ejecución”

el valor del sistema puesto que habrán sido construidas buscando objetivos finales que alinean a los dos niveles del sistema: mejorar la salud, los cuidados y la eficiencia.

Todo ello, va a crear el caldo de cultivo necesario que impulsa y facilitar un **mayor empoderamiento de los clínicos y del resto de perfiles profesionales en la definición, el desarrollo, la evaluación y la mejora de la trayectoria asistencial de los pacientes por el sistema sanitario.**

En nuestro modelo y en el contexto descrito **se abre, así, un campo de trabajo muy interesante en el que el papel que deberían jugar los profesionales es clave.**

En el Sistema Nacional de Salud, **los responsables políticos, tradicionalmente han desarrollado su función “sobre” los clínicos** más que “con” los clínicos. Es el estilo de liderazgo natural que ha predominado en el conjunto del Sistema Nacional de Salud desde su constitución. Prueba de ello, y de la inexistencia de un proceso de influencia establecido y organizado por parte de los clínicos, es la existencia de intervenciones como las descritas en el punto

“Los resultados de la actividad de los profesionales cada vez van a ser más visibles”

1.2, que tienen un impacto importante, no sólo sobre los pacientes sino también sobre los profesionales, sin recibir una respuesta y una propuesta alternativa organizada por parte del conjunto de los profesionales.

“La actividad que desarrollen los profesionales sanitarios va a tener un impacto creciente en la organización y el desarrollo del modelo asistencial”.

Esta situación debería ir cambiando progresivamente. Para ello **es necesaria una mayor influencia por parte de los profesionales en la toma de decisiones que atañan a la organización y el funcionamiento del sistema sanitario** y eso pasa por desarrollar nuevas funciones nucleares para el SISTEMA por parte de aquéllos y reconocer esta capacidad y este conocimiento en los profesionales, por parte de los responsables políticos.

Un ejemplo³: en una ciudad como Londres con una población de más de 8 millones de habitantes se producen alrededor de 11.500 ICTUS al año que generan más de 2.000 muertes, siendo la segunda causa mayor de mortalidad y la principal causa de discapacidad.

En un sistema sanitario de características similares al nuestro y **bajo un liderazgo clínico** se llevó a cabo una modificación profunda de la organización y la estructura de atención al ICTUS (definición de la organización y estructura del sistema sanitario). Existían dieciocho hospitales atendiendo este problema de salud. Se analizó el pathway de atención y se obtuvo la foto de la calidad y los resultados de dicha atención,



³ NHS, The legacy of NHS London stroke. Tony Rudd, London Stroke Clinical Director.

observándose una alta variabilidad clínica y unos resultados dispares.

Partiendo de esta situación se lleva a cabo una reorganización de la atención en centros de referencia pasándose de un total de dieciocho centros a tan sólo seis. Para llevar a cabo este proceso fue necesario realizar una inversión inicial en el desarrollo de otras estructuras asistenciales que garantizaran un tiempo de atención máximo en cualquier punto de Londres: parque de ambulancias, personal de enfermería y formación en el manejo del nuevo pathway de atención.

Los resultados han sido espectaculares. A corto plazo, la reducción de estancias hospitalarias fue clara y los resultados en salud, en términos de supervivencia, muy superiores a los del resto de la población inglesa.

En cualquier caso, se trata de un ejemplo de reorganización de la estructura sanitaria destinada a la atención de los accidentes cerebrovasculares que pasa por la definición de la trayectoria de la atención y su mejora en términos de valor y de resultados (el impacto en la reducción de estructura es muy significativo). Se trata de una redefinición en base a la evidencia clínica que constata que no siempre más estructura es mejor desde el punto de vista de resultados en salud y de eficiencia en la atención).

Asimismo, es especialmente significativa la colaboración que se dio en Londres entre profesionales multidisciplinares (neurología, cardiología, enfermería, ...) coordinados para mejorar la trayectoria de atención de los pacientes con ICTUS.

“Cada vez va a ser más necesario medir y evaluar estas intervenciones desde una perspectiva de la obtención de VALOR para los pacientes. El valor del sistema para los pacientes es el conocimiento y la mejora de su trayectoria asistencial, la que necesita para curar y cuidar su salud”.

En España contamos con mucha información para poder llevar a cabo intervenciones similares a la descrita, sin embargo, hoy no se está aprovechando este input para acometer este tipo de transformaciones, de manera general. **No estamos acostumbrados a compartir foros de trabajo para aprender unos de otros y mejorar la colaboración y coordinación.**

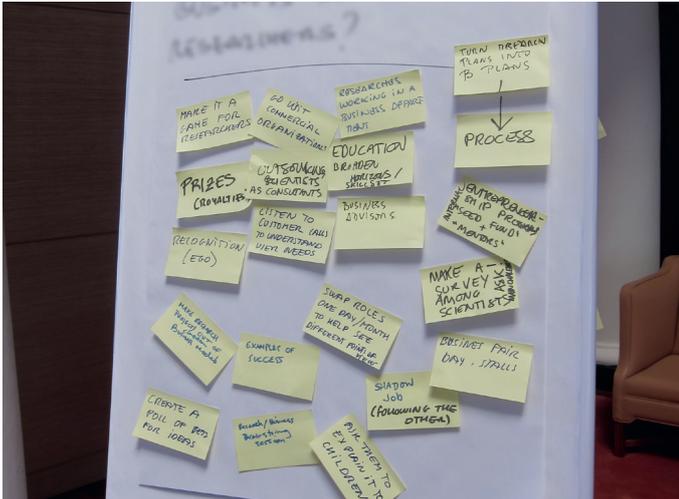
04

¿Y cuál es el punto de partida? ¿Cómo ven las sociedades científicas los retos y las necesidades que presenta hoy el sistema nacional de salud? Respuestas al cuestionario.

Para iniciar la reflexión y avanzar, se ha partido de una primera valoración de la situación del Sistema Nacional de Salud. Esta valoración se realizó a modo de cuestionario⁴ que cumplimentó cada sociedad científica con carácter previo a la realización de la jornada de trabajo.

El cuestionario fue elaborado conjuntamente entre Deusto Business School Health y FACME y seguía una estructuración similar a los contenidos de la reflexión de la jornada.

⁴ En anexos se adjunta el cuestionario referido.



“Las respuestas al cuestionario fueron realizadas por las juntas directivas de las sociedades científico-médicas”

lo impulsen y en este contexto, ¿qué papel se ven desempeñando las sociedades científico-médicas?

El cuestionario concitó la respuesta de la práctica totalidad de las sociedades científico-médicas. Estas respuestas fueron bastante homogéneas en la mayoría de las respuestas, si bien, algunas generaron mayor grado de dispersión entre las respuestas. A continuación, se presentan los resultados del cuestionario junto a una valoración general:

Pregunta 1: ¿Por qué el sistema sanitario se enfrenta al reto de su sostenibilidad futura?

Las principales respuestas se concentraron alrededor de las siguientes causas: cada vez vivimos más, las expectativas de los pacientes aumentan y el modelo asistencial que tenemos es más reactivo en la atención que proactivo.

Esta respuesta implica que las sociedades científico-médicas son conscientes de que existe un problema de entorno y un modelo que no satisface la necesidad: Es muy caro para el tipo de atención que se precisa, por su fragmentación, su hiperespecialización con el consumo de pruebas y demás recursos que genera y sobre todo, que no ve al paciente con una visión integral (necesaria como consecuencia, principalmente, de los efectos del envejecimiento).

La financiación y la situación económica, es un problema, pero es visto como secundario o como elemento agudizador de todo lo anterior.

Por un lado, se preguntaba a las diferentes sociedades científico-médicas a cerca de su opinión sobre cuáles eran los principales retos que acechan hoy a los sistemas sanitarios. Posteriormente se les pedía opinión acerca de cuáles eran las actuaciones que podían llevarse a cabo para dar respuesta a los mismos. También se preguntaba sobre quiénes eran los agentes que debían poner en marcha o liderar las diferentes intervenciones o respuestas de actuación y por último, cuál era el papel que los profesionales, en general, y las sociedades científico-médicas, en particular, deberían jugar en este proceso de transformación.

Las sociedades científico-médicas han sido capaces de visualizar otro modelo asistencial que pasa por acometer una profunda transformación en el sistema actual y que les sitúa en un escenario diferente.

Este nuevo modelo asistencial pasa por realizar múltiples intervenciones complejas sobre el actual, pero cada vez existe más conocimiento y evidencia de cómo realizar esta transformación.

“El cuestionario concitó la respuesta de la práctica totalidad de las sociedades científico-médicas”.

Pero, ¿quién es el responsable/s de realizar dicha transformación, dicho cambio? Solos, cada uno de los agentes, no tienen la capacidad suficiente de enfrentar dicho cambio. Deben existir diferentes agentes que

Pregunta 2:

¿En su opinión, qué impacto tienen las siguientes intervenciones como elemento de cambio en el Sistema Nacional de Salud para garantizar su viabilidad futura?

De la batería de respuestas posibles, las sociedades científico-médicas manifiestan que las intervenciones de mayor impacto para el sistema pasan por transformar el sistema para mejorar su calidad y que la mayoría de los cambios requeridos son cambios organizativos que tienen que ver con cómo se organizan los profesionales, cómo se relacionan entre sí en el desarrollo de sus funciones, etc.

Pregunta 3:

¿Cuáles consideran que son los valores básicos que debe mantener la sanidad pública?

En esta pregunta la gran mayoría señala la importancia que tiene una visión de sistema equitativo y universal. Sin embargo, se señala a una distancia no muy lejana de los anteriores la eficiencia. Cada vez somos más conscientes de que tenemos que dar respuestas con menos recursos.

Con más distancia en relación a su valoración o importancia se sitúan la solvencia financiera, la cobertura o la libre elección,



Pregunta 4:

¿Creen Vds. que es necesario transformar el modelo de prestación de servicios sanitarios actual?

La mayoría (78%) creen que hay que cambiar el modelo de prestación actual.

Pregunta 5:

¿Por qué es clave la participación de los profesionales en el proceso de transformación y cambio del actual sistema sanitario?

La respuesta mayoritaria a esta pregunta es “**porque el nuevo modelo de atención está por definir**”. Las sociedades científico-médicas creen que hay que definir trayectorias de experimentación. A modo de ejemplo, hay que trabajar una mayor **corresponsabilización del paciente** y esta intervención hay que diseñarla, probarla, implementarla. Igualmente se observan áreas de **mejora en los sistemas de información y en la gestión de conocimiento** necesarios para poder avanzar en el nuevo modelo; en la **conexión entre niveles asistenciales; en el desarrollo de una nueva cultura de medición y evaluación de resultados, etc.**

Y la percepción del grupo es que “**el agente del sistema que mejor puede contribuir a su desarrollo son los profesionales.**”

Pregunta 6 y 7:

¿Cree que el sistema está capacitado para canalizar las propuestas de mejora y transformación que surgen desde los profesionales?

En caso de respuesta negativa a la pregunta anterior asigne la relevancia que concedería a las siguientes vías de mejora de esta capacidad.

La respuesta negativa a la pregunta es casi unánime (86%).

Las alternativas de mejora que se identifican son principalmente las siguientes: Establecer una visión clara de las áreas de mejora a abordar por los clínicos y dejarles actuar y, también, alinear los instrumentos económicos del sistema con la priorización de generar intervenciones.

Pregunta 8:

Estilo de liderazgo requerido.

La mayoría opina que es necesario desarrollar un **estilo de liderazgo distribuido y compartido**. Un 24% sigue pensando que debe existir un liderazgo vertical y jerárquico. Parece que para gestionar una transformación hay que abrir diferentes ámbitos de intervención que permitan generar confianza mutua entre los diferentes agentes involucrados.

En relación al tipo de liderazgo técnico vs. político, la respuesta refleja un 70% de **reconocimiento de la necesidad de un liderazgo técnico**. El 30% de respuestas restantes no se asocian a un liderazgo político, sino que no responden. Interpretación de esta pregunta, durante la jornada de trabajo se explicita que el poder político tiene un peso fundamental y tiene enorme capacidad de decisión normativa

hoy. Si la ausencia de respuesta pudo ser por la presunción de que el nivel político pudiera carecer de conocimiento técnico profundo, en ese caso, sería necesario apoyar y trasladar a este nivel dicho conocimiento puesto que se reconoce un poder muy elevado en dicho nivel, que bien ejercido, puede ayudar de manera muy positiva a la cambio requerido.

Por lo que respecta al peso del tipo de liderazgo experto vs. sistémico requerido para llevar a cabo una transformación la respuesta obtenida podría interpretarse como que **el tipo de liderazgo requerido debe ser experto (por la propia complejidad del sector), si bien se precisa capacidad de visión holística en el sector.**

Pregunta 9:

¿Cómo visualizan el protagonismo que deben tener en el proceso de transformación los diferentes agentes clave del sistema?

Claramente diferenciados con el resto de agentes la respuesta sitúa a los profesionales médicos y a las sociedades científicas en primer lugar, si bien, llama la atención que las propias sociedades sitúen en primer nivel a los profesionales que a su propia capacidad. Si bien esta respuesta queda, en parte, explicada en las dos siguientes.

“Hay que aprender a tender puentes entre los diferentes agentes, generar espacios de discusión y trabajo técnico de modo que cada agente pueda aportar lo mejor de sí y el sistema se vea beneficiado por la contribución de todos”.

Pregunta 10 y 11:

¿Consideran que las sociedades científicas tienen barreras que les impiden contribuir con un papel protagonista a la transformación del sistema sanitario? En caso de respuesta positiva, señale el peso relativo que darían a cada una de las siguientes barreras.

Un 86% de las respuestas responden afirmativamente a la primera cuestión. Las tres principales barreras detectadas son: la usencia de un marco jurídico, dificultades de acceso a los agentes clave que tienen poder de cambio y dificultades de relación con otros agentes. Parece como si se tuviera la percepción de que la capacidad de influencia de las sociedades científico-médicas fuera limitada o como si otros agentes fueran en parte responsables de las barreras que identifican aquéllas para desarrollar un rol más protagonista en la transformación del sistema sanitario.

Pregunta 12:

Priorice el protagonismo que deberían jugar en las siguientes cuestiones las sociedades científico-médicas.

En esta pregunta la dispersión en las respuestas ha sido mayor. En primer lugar se identifica la idoneidad de las sociedades para realizar análisis de coste-efectividad de diagnósticos y tratamientos en sus respectivas especialidades. Seguidamente se valora su contribución a la definición de protocolos de atención según el tipo de pacientes y su nivel de riesgo, al mismo nivel que su capacidad para identificar estándares para mejorar la calidad de la atención y eficiencia de cada especialidad. Posteriormente se identifica cierto

protagonismo para la definición de guías de práctica clínica adaptadas a los pacientes pluripatológicos y polimedificados.

Ya a más distancia en cuanto al protagonismo que las sociedades se otorgan a sí mismas se sitúan las siguientes intervenciones: integración de procesos asistenciales con los de otros protagonistas; adaptación particularizada de las políticas de reducción de gastos a cada especialidad o la definición de prácticas retributivas específicas por especialidad.

Finalizada la exposición de estos resultados, el grupo de trabajo tuvo espacio para reflexionar acerca de los resultados del cuestionario y ofrecer su opinión y conformidad con los mismos. En este sentido, algunas de las reflexiones adicionales que se compartieron durante la jornada de trabajo fueron las siguientes:

- Los **resultados** obtenidos se valoran como **coherentes y concuerdan con el sentir general**, pero es necesario realizar algunas matizaciones, entre otras, que **los cuestionarios han sido respondidos por los líderes de cada sociedad científica y sus resultados no pueden extrapolarse de manera general al conjunto de la sociedad científico-médica**.
- Para algunas sociedades, a modo de ejemplo, la sociedad española de pediatría, las preguntas quizás presentan un grado de distancia con su realidad asistencial diferente (en este caso aspectos como el envejecimiento o la pluripatología quedan muy lejanos).
- **La interpretación** que manifestaron los participantes a la pregunta **del liderazgo político** fue que la mayoría identificaban liderazgo político con el nivel inmediatamente superior en un centro, esto es, los gestores de centros sanitarios y, en este sentido, se considera que su liderazgo es muy **reducido en tanto en cuanto se presume que son "correas de transmisión" de la política de la administración** y se interpretó, en consecuencia, que su liderazgo era escaso (consejería=gerencia). Se apunta también que parte de los **resultados obtenidos eran debidos a la formulación de la pregunta que fue realizada en clave dicotómica vs. ponderada**.
- **Respecto a la inexistencia de marco jurídico** como principal barrera o dificultad al desarrollo por parte de las sociedades de un papel más protagonista en la transformación del sistema, se apunta que con esta respuesta se pensaba que se hacía referencia al **marco legal de las sociedades científico-médicas**.
- Se valora muy positivamente la alta participación obtenida en la cumplimentación del cuestionario así como

los resultados obtenidos y **se considera una oportunidad histórica por parte de las sociedades para tratar de tumbar las barreras identificadas y promover un cambio radical de modelo que les permita influir en el desarrollo futuro del sistema sanitario no sólo por su capacidad y conocimiento en cada área específica, sino también por el deber y sentimiento de responsabilidad para contribuir a la definición del nuevo modelo de atención.**

- En este sentido, se identifican áreas de intervención que pueden ser relevantes para contribuir por parte de las sociedades científico-médicas, así como, otros agentes con los que colaborar sinérgicamente en el “viaje de la transformación” del nuevo modelo asistencial.

- **Tradicionalmente las sociedades no han desempeñado un liderazgo más activo por muchas razones:** a veces por un marcado sesgo hipocrático y científico, otras por miedo al ejercicio de su poder y otras, por la existencia de conflictos entre las culturas de los diferentes agentes. **Han existido brechas de**

desavenencias entre agentes, por ejemplo, gestores y clínicos. Otras veces **se han equivocado roles y funciones**. Los agentes políticos y gestores tienen que garantizar la equidad y la universalidad y los clínicos deben garantizar la calidad y una formación continua. No es posible trasladar la visión del político a las sociedades científicas. Estas deberían actuar como árbitros.

- Se debe aprender a **tender puentes entre los diferentes agentes, generar espacios de discusión y trabajo técnico de modo que cada agente pueda aportar lo mejor de sí y el sistema se vea beneficiado por la contribución de todos:** directivos, gestores, profesionales, pacientes, asociaciones, sindicatos, etc.

- En definitiva, se evidencia que para llevar a cabo un proceso de transformación se necesita impulsar el liderazgo de todos los agentes con peso en el sistema y, en este marco, **las sociedades científico-médicas quieren desarrollar un papel protagonista por el conocimiento y capacidad que tienen y por el deber y sentimiento de responsabilidad para con el sistema sanitario.**

“Las sociedades científico-médicas quieren desarrollar un papel protagonista por el conocimiento y capacidad que tienen y por el deber y sentimiento de responsabilidad para con el sistema sanitario”.



05

¿Cómo proponen las sociedades científico-médicas desarrollar dicho liderazgo? ¿En qué áreas concretas? ¿Con la colaboración de qué agentes?

Para dar respuesta a esta cuestión, se organizó a las diferentes sociedades científicas en cuatro grupos de trabajo. Cada grupo de trabajo reflexionó en relación a uno de los siguientes temas de interés para el sistema sanitario:

- ¿Cómo pueden contribuir las sociedades científico-médicas a la definición de la **visión y política sanitaria** a seguir en el sector?
- ¿Cómo pueden contribuir las sociedades científico-médicas a que los **profesionales clínicos** contribuyan mejor a la transformación necesaria?
- ¿Cómo pueden contribuir las sociedades científicas a mejorar los **sistemas y estructuras** necesarios para transformar el sector (sistemas de información, indicadores, sistemas de evaluación, guías, etc.)?
- ¿Cómo pueden contribuir las sociedades científicas a **aportar valor en la identificación de evidencias de alcance estatal e inter-regional**?

En todos los grupos se debía reflexionar no sólo sobre qué se podría hacer, sino además cómo se mejoraría su aportación de valor a través de:

- La coordinación con otros agentes.
- La coordinación con otras sociedades científicas
- La definición de un nuevo marco legal.

Con carácter previo a iniciar la reflexión en el área de trabajo que le correspondiera, cada grupo debía debatir y consensuar internamente **las áreas de actuación que se consideraban propias de las sociedades científico-médicas y cómo debían ser revisadas para dar respuesta a los nuevos retos y aportar más valor.**

Para llevar a cabo esta reflexión, cada grupo nombró un secretario encargado de documentar la discusión interna, un responsable de la presentación global de las conclusiones en sesión plenaria con la participación de todos los representantes de las sociedades científicas y un responsable de adjudicar tiempo a cada cuestión y asegurarse de que se trataban todos los puntos.

Como resultado de dicho trabajo de reflexión a continuación se presentan las principales conclusiones aportadas por las sociedades científico-médicas para contribuir a la transformación del sistema sanitario:

5.1. ¿CUÁLES SON LAS ÁREAS DE ACTUACIÓN PROPIAS DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICO-MÉDICAS Y CÓMO DEBERÍAN REVISARSE PARA DAR RESPUESTA A LOS NUEVOS RETOS Y APORTAR MAYOR VALOR?: EL LIDERAZGO DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICO-MÉDICAS

Las principales zonas de alcance que se identificaron de manera unánime en los cuatro grupos de trabajo fueron las siguientes:

1. Ser agentes activos en la definición e implementación de las tecnologías, fármacos y procedimientos adecuados¹:

- Seguir contribuyendo por parte de algunas Sociedades Científicas en el trabajo de colaboración con el Ministerio de Sanidad, para la definición de Estándares y Recomendaciones en determinadas áreas asistenciales, con el fin de garantizar la seguridad del paciente, así como la eficiencia en la utilización de los recursos².
- Liderando la definición de indicadores, parámetros, estándares, guías, protocolos, priorización de buenas prácticas, ... todo ello orientado a la aplicabilidad clínica y la identificación y medición de impactos en resultados para el sistema. En relación a esta área de intervención se constata el inicio de trabajos con el Ministerio de Sanidad y Consumo en el que doce Sociedades Científicas han presentado 60 recomendaciones sobre prácticas clínicas que se deberían evitar³.
- Gestionar y difundir el conocimiento profesional que atesoran. Se identifican diferentes niveles para la gestión del conocimiento: conocimiento genérico (de gestión

compartida entre los diferentes agentes), conocimiento específico de cada sociedad y conocimiento de procesos (cuándo se incluye al paciente y qué rol desempeña cada agente) para el que se precisa la gestión compartida de las sociedades científico-médicas y las sociedades de gestión.

- Desarrollar un rol más activo por parte de las sociedades científico-médicas en la definición y priorización de áreas estratégicas de asignación presupuestaria en el Sistema Nacional de Salud.

2. Promover su participación activa en procesos de innovación organizativa y de gestión:

- Las sociedades científico-médicas disponen ya de un liderazgo clínico. Sin embargo, deberían promover y desarrollar un mayor liderazgo e innovación en el ámbito de la gestión y organización.
- Uno de los principales instrumentos para ello es el desarrollo de la gestión clínica, por tanto, se señala la oportunidad de trabajar por la implementación real de la Gestión Clínica en un modelo que transfiera la capacidad de decisión al profesional.

3. Desarrollar un liderazgo mayor en docencia, formación, acreditación: No sólo a nivel de conocimiento clínico sino también de gestión e investigación operativa.

- Desarrollar nuevas líneas de actividad en docencia y formación focalizándose no sólo a nivel de conocimiento clínico sino también a nivel de investigación operativa, gestión y liderazgo. A modo de ejemplo: formar sobre la gestión del rendimiento de un equipo clínico, en conocimientos organizativos, en el conocimiento de la estrategia institucional, o en conocimientos sobre negociación y gestión de conflictos.
- Contribuir al desarrollo profesional continuo: desarrollo de un papel más relevante en la formación continuada y la acreditación. Hoy en día se desarrolla esta función, pero se demanda un reconocimiento de esta función. En este sentido se apunta la idoneidad de promover alianzas con Universidades y otras organizaciones docentes, así como, de trabajar por reducir la variabilidad que pudiera existir en el desarrollo de esta función entre las diferentes sociedades científicas (debido, entre otras razones, a la carencia de financiación finalista para esta función y la consecuente dependencia de determinadas industrias para su desarrollo).

¹ <http://goo.gl/VR1FBD>.

² <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec02-2.htm>

³ Esta línea de actividad se considera clave para las sociedades científicas. En el contexto internacional, cada vez más agentes están incrementando su actividad en esta línea. A modo de ejemplo: el número de sociedades científicas norteamericanas trabajando en esta dirección se ha doblado: ya son 50, con 260 recomendaciones en su haber. Además se han editado 34 informes específicos destinados a los pacientes (Consumer Reports). (Choosing Wisely). Las revistas científicas han incrementado sus publicaciones en esta línea: (Too much medicine British Medical Journal) con 19 trabajos nuevos o (Less is more JAMA Network) con 28 artículos nuevos con la aparición de la sección "A teachable moment".

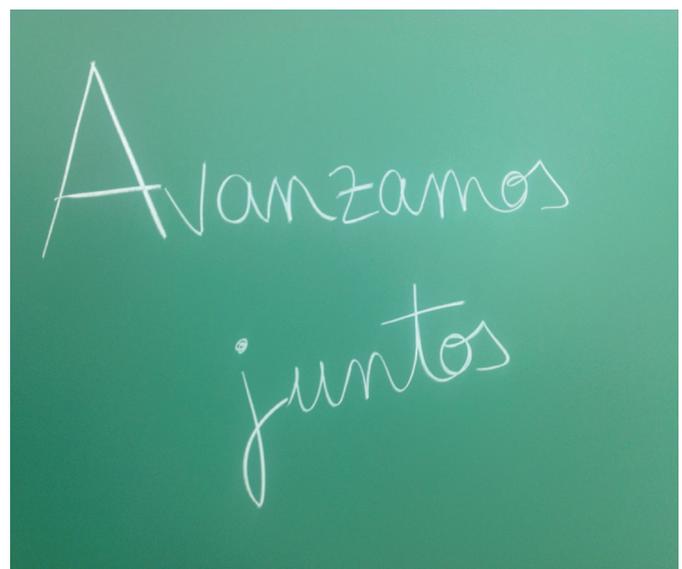
- Procurar un rol más activo en los programas MIR a través de las comisiones de la especialidad.
- Explorar posibles alianzas con otros agentes que compartan intereses en formación similares y cuya configuración y organización sea similar al de las sociedades científico-médicas y la propia FACME en Europa, incluso en otros entornos.
- Explorar el nombramiento de comités de acreditación capaces de identificar centros de referencia.

4. Desempeñar un rol más visible en la investigación:

- Las sociedades científico-médicas participan y tienen un rol activo implícito en la investigación bioclínica. Sin embargo, tienen un recorrido de mejora que podrían explorar en relación a la investigación en servicios de salud. Este tipo de investigación necesita de una mayor energía, promoción y participación por parte de las sociedades.
- Desempeñar un rol activo en la potenciación e impulso de la investigación, sin constituirse en agencias de investigación sino más bien aumentando la presencia en los foros de identificación y priorización de las líneas de investigación, así como, en los foros de evaluación (no se visualizan como agentes desarrolladores de investigación, pero sí como asesores referentes en el ámbito de la investigación).
- Se detecta como área de investigación en línea con el punto uno (generación de conocimiento), la definición de procesos y los indicadores asociados a los mismos que permitan el desarrollo de una cultura evaluativa para el sistema orientada a la medición de resultados y valor final (calidad, seguridad, satisfacción, eficiencia,...). Cada vez más se requiere la definición de procesos más amplios, transversales y multidisciplinarios en los que va a ser necesario para su diseño e implementación la colaboración y participación de diferentes sociedades científico-médicas y resto de agentes del sector.
- Mayor participación en los registros a nivel nacional. Las sociedades podrían recoger el estado de situación de determinadas estructuras del sector, a modo de ejemplo, de los profesionales, de nuevas tecnologías aplicadas, etc. Se constata mucha fragmentación que podría mejorarse con una participación más estructurada y organizada por parte de las sociedades científico-médicas.

5. Trabajar en la definición de un nuevo marco legal y en el desarrollo de una política de coordinación con el resto de agentes claves del sector:

- Desarrollar una política de coordinación y colaboración constructiva con el resto de agentes del sector: Administraciones sanitarias y sociales, asociaciones de pacientes, socios tecnológicos, Organización Médica Colegial, Consejo General de Enfermería, Sindicatos, etc.
- Generar información útil para otros agentes del sector: a modo de ejemplo: posicionarse como referentes de información para profesionales y para asociaciones de pacientes en ámbitos como la elaboración de procedimientos terapéuticos, etc.
- Contribuir a la generación de información de calidad para los pacientes, especialmente a través de Internet, facilitando el acceso de asociaciones de pacientes a las Sociedades Científicas, y colaborando con el Ministerio de Sanidad y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en su labor de supervisión y control de la información y educación para los pacientes y ciudadanos.
- Desarrollar y proponer un nuevo marco legal para las sociedades científico-médicas, procurando su reconocimiento como sociedades de derecho público. Aun siendo conscientes de que esta propuesta implica "la invasión de competencias" se considera importante su explicitación para poder avanzar de una manera más robusta en el desarrollo del nuevo rol que desean desempeñar el conjunto de sociedades científico-médicas, lideradas por FACME. En este sentido, se reclama un marco legal que permita recibir a las sociedades científico-médicas fondos de investigación, acreditar las actividades de formación continuada y ser un consultor obligado para la Administración para los cambios y mejoras sanitarias.
- Representar un rol más activo de las sociedades científico-médicas en los foros de determinación de los aspectos laborales que competen a los profesionales. En este sentido, se propone trabajar en la definición de estándares de resultados de atención para poder vincularlos a aspectos laborales.



5.2. ¿CÓMO PUEDEN CONTRIBUIR LAS SOCIEDADES CIENTÍFICO-MÉDICAS A LA DEFINICIÓN DE LA VISIÓN Y POLÍTICA SANITARIA A SEGUIR EN EL SECTOR?

Las principales propuestas que se identificaron en relación a esta área fueron las siguientes:

1. Trabajando en la **definición y medición de indicadores que permitan una evaluación del sector en términos de valor y de resultados en salud generados**. Se propone la realización de este ejercicio a nivel nacional y trabajando estrechamente con la agencia española del medicamento y con las agencias de evaluación de tecnologías en la identificación de nuevas y obsoletas tecnologías, procedimientos tecnológicos y diagnósticos.
2. En relación al marco legislativo, las sociedades científico-médicas deberían ser agentes activos en el desarrollo del marco de trabajo aprobado en julio junto a la Administración en el que se concitó el acuerdo de las sociedades científicas, la organización médica colegial, el consejo general de enfermería y los sindicatos.
3. **Generando información objetiva de calidad técnica que aporte valor en la definición estratégica** para el sector: acreditación y certificación de buenas prácticas, asesoramiento técnico especializado, etc.
4. Deberían tener un **rol más activo y vinculante en la determinación de procedimientos y prácticas** a incorporar o a retirar **de la cartera básica de prestaciones del Sistema Nacional de Salud**.
5. Contribuyendo a la **definición y propuesta de dos o tres objetivos generales de salud** que ayuden a orientar la política sanitaria.
6. Las sociedades científico-médicas **deben ser vínculos de relación con la sociedad civil** para el traslado **y difusión de información de calidad**.
7. **Buscando puentes entre los gestores**, la administración y los profesionales.

8. Las sociedades deberían ser agentes clave con los que contactar por parte de las administraciones para la **información y generación de conocimiento** ante diferentes aspectos relativos a la **Salud Pública**, a modo de ejemplo, ante posibles situaciones de crisis como la gripe A, etc.

5.3. ¿CÓMO PUEDEN APOYAR LAS SOCIEDADES CIENTÍFICO-MÉDICAS QUE LOS PROFESIONALES CLÍNICOS CONTRIBUYAN MEJOR A LA TRANSFORMACIÓN NECESARIA?

1. **Definiendo y comunicando el modelo asistencial que se pretende conseguir para el sistema nacional de salud**. Las sociedades científico-médicas lideradas por FACME deberían ser agentes activos de comunicación y difusión del nuevo modelo de transformación y de su implementación.
2. **Comunicando y difundiendo el concepto de gestión clínica**, tanto a las Administraciones como a los profesionales **como base para el sustento del nuevo modelo asistencial**.
3. **Potenciando la formación transversal** para los profesionales como elemento fortalecedor del nuevo modelo asistencial que se visualiza con la transformación.
4. **Involucrando** a otros colectivos profesionales, **especialmente a los profesionales de enfermería, en un cuidado más activo y proactivo del paciente**.
5. Potenciando la **formación interna de las sociedades científicas en la mejora de las nuevas capacidades que va a ser necesario adquirir para convertirse en agentes más influyentes y participativos en las intervenciones del sistema sanitario**. Ya no sólo se precisa formación interna en liderazgo clínico, sino que **se necesita adquirir capacidad en liderazgo organizativo y de gestión**.

5.4. ¿CÓMO PUEDEN CONTRIBUIR LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS A MEJORAR LOS SISTEMAS Y ESTRUCTURAS NECESARIOS PARA TRANSFORMA EL SECTOR (SISTEMAS DE INFORMACIÓN, INDICADORES, SISTEMAS DE EVALUACIÓN, GUÍAS, ETC.)?

1. En relación a la **información** se propone:

a. Desarrollando **indicadores** transparentes y obligatorios a nivel general (a fin de que se posibilite su comparación) tanto para variables generales que permitan comparar resultados finales en términos de salud (mortalidad, morbilidad, etc.), como indicadores finales pero específicos por especialidad.

b. Definiendo **estándares de calidad**.

c. Definiendo **criterios apropiados para diagnóstico y tratamiento**: guías y consensos basados en el conocimiento científico de cada sociedad. Instaurar progresivamente la cultura de que ante una duda técnica en la práctica clínica el contacto de referencia es la sociedad científico-médica.

2. En relación a las **estructuras organizativas**:

Para patologías transversales:

a. Promoviendo la **definición de consensos intersociedades en patologías multidisciplinares**.

b. Contribuyendo a la **definición de más conexiones entre los niveles de atención primaria y especializada**.

c. Estableciendo e implementando **estructuras de relación no presencial entre la atención primaria y otros niveles del sistema** (siempre con un acceso compartido a la historia clínica).

d. Definiendo criterios de derivación a la atención primaria.

3. En relación estructuras de medición:

a. Promoviendo el desarrollo de estructuras **que permitan la descentralización de pacientes desde el hospital**.

b. Consensuando entre sociedades las **rutas asistenciales de algunos procesos**, haciendo especial énfasis en la indicación de la asistencia a la urgencia hospitalaria.

c. **Participando en Comisiones Asesoras Técnicas** (médicas y de técnicos).

d. Posicionándose como agente clave de intermediación con la Administración en esta materia. A veces la Administración toma decisiones para las cuáles se desconoce quién/quienes son los agentes de validación científica.



5.5. ¿CÓMO PUEDEN CONTRIBUIR LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS A APORTAR VALOR EN LA IDENTIFICACIÓN DE EVIDENCIAS DE ALCANCE ESTATAL E INTER-REGIONAL?

1. Tratando de minimizar la variabilidad entre las distintas sociedades científicas (algunas federadas y otras no), **promoviendo y estandarizando actividades a nivel estatal.**
2. **Construyendo indicadores válidos y generales para procesos concretos, promoviendo el liderazgo clínico y la confianza en los profesionales.**
3. **La configuración federal de las sociedades científico-médicas facilita el aporte de mejores prácticas** de unas sociedades a otras. Así mismo, la estructura federal puede aportar **valor añadido** con unos objetivos y alianzas en el corto plazo. **Ofrece también homogeneidad en algunos aspectos** y se piensa que la federación que conforma FACME puede aportar mucho valor.
4. Todo esto permitiría evaluar y mejorar la práctica clínica.

06

¿Es posible asumir todas las intervenciones descritas?
¿Por dónde se propone empezar?:
"Definición de las intervenciones de las sociedades científico-médicas en el SNS".

Una vez que los grupos de trabajo terminaron las exposiciones en relación a las áreas de actuación críticas para las sociedades científicas junto a un análisis y propuesta de cómo abordarlas y con la colaboración de qué otros agentes, se llevó a cabo antes de finalizar la jornada una pequeña reflexión en relación a la factibilidad para acometer todas las propuestas descritas. En este sentido, se constata la falta de capacidad para abordar de inmediato y de modo global todas las propuestas descritas. Así, se manifiesta que sería necesario contar más recursos de los que actualmente se dispone para poner en marcha todas las propuestas.



Conscientes de la dificultad que esto supone se decide llevar a cabo **una priorización de las intervenciones en función de las capacidades y factores críticos de éxito de las diferentes sociedades científico-médicas**. Así, se priorizan las siguientes áreas:

1. GESTIÓN CLÍNICA, GESTIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO ESPECÍFICO DE CADA SOCIEDAD.

Se valora especialmente como fortalezas de las sociedades científico-médicas su capacidad para planificar y gestionar a largo plazo; su capacidad de influencia y de difusión de información (en este sentido, se propone revisar y desarrollar una estrategia de comunicación alineada con las prioridades de intervención estratégica que se desarrollen).

La gestión clínica es una de las formas en las que deberían seguir profundizando las sociedades científico-médicas como instrumento para desarrollar un liderazgo en gestión y organización más fuerte.

2. FORMACIÓN: Se apunta a que la actividad formativa que deberían desarrollar las diferentes sociedades científicas debería ser: continuada, en gestión y en investigación. En relación a esta última se puntualiza que sería necesario ofrecer formación para el desarrollo de investigación en el área de la medición de resultados finales de las diferentes intervenciones que se realizan en el sistema sanitario. Debería ponerse el foco en la formación en liderazgo y gestión, además de en la formación bioclínica. a mejorar los **sistemas y estructuras** necesarios para transforma el sector (sistemas de información, indicadores, sistemas de evaluación, guías, etc.)?

3. INVESTIGACIÓN: En relación a esta área se puntualiza que las sociedades científico-médicas deberían identificar nichos de investigación en los que profundizar y hacerlos público. La investigación en servicios de salud es uno de ellos. Se considera que las sociedades deberían tener un rol más relevante en la evaluación y medición, contribuyendo activamente a mejorar la transparencia en el sector y así, ayudar a financiadores y a usuarios en el desarrollo de sus funciones como otros agentes clave del sistema. También se entiende que las sociedades deben jugar en el ámbito de



la investigación un papel relevante en la determinación y priorización de líneas de investigación.

Tanto en el área de formación como en el de investigación se detecta una amplia heterogeneidad entre sociedades científicas. Así, se explicita la necesidad de fomentar el desarrollo de alianzas internas entre sociedades, así como, con otros roles profesionales.

Por último, se hace especial énfasis en conseguir aumentar la influencia de las sociedades en:

4. ACREDITACIÓN DE CENTROS, PROCESOS Y PROFESIONALES.

Las sociedades científico-médicas trabajarán por posicionarse como agentes líderes en la definición e implementación de tecnologías, fármacos y procedimientos necesarios para garantizar "cuidos adecuados" en el sistema nacional del salud.

Para desarrollar estas intervenciones, las sociedades científico-médicas buscarán una interlocución directa con las Administraciones (estatal y regional) a través de FACME como interlocutor válido para desarrollar una participación más activa en la planificación del Sistema Nacional de Salud.

07

Conclusiones

Las sociedades científico-médicas son conscientes de los retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios:

- Clínicos
- Demográficos
- Epidemiológicos
- Organizativos
- De expectativas de los usuarios
- De complejidad
- Económicos
-

En ese contexto, las sociedades científico-médicas lideradas por FACME **apuestan por acometer una TRANSFORMACIÓN en el actual sistema sanitario** y convertirlo en otro más simple adaptado a las nuevas necesidades que pueda ser desarrollado por perfiles profesionales multidisciplinares, que esté mejor coordinado y menos fragmentado en la atención que el actual, con un desempeño más proactivo y que pueda ser prestado a través de nuevos servicios gracias al desarrollo tecnológico, **para que en último término pueda ser sostenible en el tiempo.**

En este contexto, **las sociedades científico-médicas, lideradas por FACME quieren desarrollar un rol mucho más activo que el que han venido desarrollando en los últimos años** y para ellos, han llevado a cabo una jornada de reflexión con el objetivo de **identificar áreas de actividad prioritarias para iniciar este liderazgo y que claramente aporten valor a otros agentes y al conjunto del sistema.**

Uno de los roles que deberían desarrollar activamente es el de ayudar al sistema sanitario a **generar el conocimiento necesario para progresivamente construir trayectorias de atención para los pacientes multidisciplinarios, integradas, globales y más eficientes.** Esto debe hacerse con una elevada colaboración entre profesionales y entre sociedades científico-médicas.

Las **principales áreas de intervención** identificadas por parte de las sociedades científico-médicas para desarrollar y mejoraren los próximos años buscando un rol más protagonista en la definición del futuro Sistema Nacional de Salud, son las siguientes:

1. **Promover su participación activa en procesos de innovación organizativa y de gestión, especialmente en la implantación de la Gestión Clínica en todo el Sistema Nacional de Salud.**
2. **Trabajar con las Administraciones Sanitarias en la definición de estándares e indicadores de funcionamiento, que contribuyan a la ejecución de la planificación sanitaria y a la mejora de la eficiencia e incremento de la seguridad del paciente.**
3. **Desarrollar un papel más activo en la docencia, formación y acreditación.**
4. **Desempeñar un nuevo rol en la investigación en resultados en salud; así como en la definición de las líneas prioritarias de desarrollo de la investigación en el Sistema Nacional de Salud.**

Una de las maneras de conseguir esto es **incentivar y promover un mayor liderazgo organizativo y de gestión entre los profesionales clínicos** y una manera de hacer esto es **potenciando más y mejor gestión clínica**, mayor dedicación de los profesionales no sólo a la práctica clínica, sino también a mejorar los procesos, la organización y la coordinación en el desempeño de su actividad diaria con otros profesionales.

En este sentido, se considera **fundamental la formación interna de las propias sociedades en la mejora de nuevas capacidades** que va a ser necesario adquirir para convertirse en agentes influyentes del sistema, **principalmente en liderazgo organizativo y de gestión.**

La configuración federal de las sociedades científico-médicas facilita la identificación y réplica de mejores prácticas y potencia el desarrollo de procesos de aprendizaje conjuntos.

Sin embargo, se detecta la **necesidad de permeabilizar a las diferentes sociedades científicas**, primero **entre ellas y posteriormente con otros agentes**, compañeros de viaje en el proceso de transformación.

Así mismo, **se necesita movilizar al colectivo de profesionales clínicos** para estimular su determinación y cambiar el actual estatus quo.

Algunas de las intervenciones seleccionadas deberán realizarse desde las sociedades científico-médicas, para las propias sociedades científico-médicas (clave de desarrollo interno). **En otros casos, las sociedades científico-médicas deberán trabajar junto con el resto de agentes del sistema (administración, sociedades de pacientes, sindicatos, organización médica colegial,...)** (política de colaboración y trabajo conjunto).

Las sociedades científico-médicas son conscientes de que hoy existen barreras que impiden avanzar más rápido en esta dirección. Entre otros:

- **Es necesario encontrar un mayor y mejora equilibrio entre los niveles del sistema** (nivel político, nivel gestor y nivel clínico) **y sus objetivos finales** (salud, eficiencia y calidad de cuidados). De lo contrario la tensión ente las diferentes culturas y el desalineamiento en los objetivos serán insostenibles.
- Es necesario consensuar algunos acuerdos que permitan alinear intereses, como por ejemplo, **establecer periodos de reforma y cambio que trasciendan los cuatro años de cada ciclo político.**
- Se necesita articular una **política de coordinación y comunicación estables** entre todos los agentes del sistema.
- Es preciso establecer mecanismos de comunicación, evaluación y transparencia que permitan superar los miedos y resistencias al desarrollo de **cambios profundos** como los que precisa una **TRANSFORMACIÓN del modelo asistencial, en todos los niveles del sistema.**
- El **modelo de incentivos económicos** que existe hoy en el sistema **no es el más adecuado** para promover los cambios que el sistema precisa. **Hay que descubrir nuevos modelos conjuntamente.**

Las sociedades científico-médicas que han trabajado en esta sesión han manifestado que deben corregirse los fallos que se han dado en el pasado, y han reflexionado sobre las áreas de intervención que deben iniciarse sobre el sistema. Han realizado sus propuestas de colaboración y trabajo para tener una participación más activa en la toma de decisiones que conciernen al Sistema Nacional de Salud.

08

ANEXO-CUESTIONARIO

CUESTIONARIO JORNADA DE REFLEXIÓN

Gracias por responder antes del 20 de noviembre a este cuestionario dirigido a todas las sociedades científico-técnicas que componen FACME, y que nos permitirá prepararnos para la jornada de reflexión que tendrá lugar el próximo jueves, día 12 de diciembre en la sede de Deusto Business School en Madrid (C/Castelló 76). Su respuesta a este cuestionario permanecerá secreta, y los datos serán considerados tan sólo a nivel agregado. Remítalo a la persona que nos acompañará en el encuentro para que pueda reflejar el sentir de sus asociados y directiva a través de su opinión personal. Y recuerdele que es importante que complete todas las preguntas marcadas como obligatorias, y que marque todas las opciones de respuesta propuestas para que el cuestionario pueda darse por finalizado ¡Apreciamos su colaboración en este proyecto orientado a construir un futuro mejor!

* Obligatorio

1. ¿Por qué el sistema sanitario se enfrenta al reto de su sostenibilidad futura? (Señale las tres respuestas que más importancia tienen para su sociedad científico-médica, señalando también las que no consideran relevantes (1= más importante, 2= siguiente nivel de importancia, 3=siguiente) *

	nivel 1	nivel 2	nivel 3	No relevante
Porque la cada vez hay más población por encima de los 65 años y con mayor esperanza de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque cada vez aumentan más las expectativas ciudadanas en cuanto a prestaciones, tecnología y atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque no es capaz de dar una respuesta asistencial adecuada a las necesidades de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque no hay financiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque es un sistema reactivo y no proactivo en la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puede incluir otras opciones y su nivel de importancia

Comentarios

2. ¿En su opinión, qué impacto tienen las siguientes intervenciones como elemento de cambio en el Sistema Nacional de Salud para garantizar su viabilidad futura? (Señale las tres respuestas que más importancia tienen para su sociedad científico-médica, señalando también las que no consideran relevantes, siendo 1= más importante). *

	nivel 1	nivel 2	nivel 3	No relevante
Cortes presupuestarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reducción de la cartera de prestaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organización y limitación de colectivos con derecho al aseguramiento público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios organizativos para reducir utilización de recursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transformación del sistema para mejorar su calidad y sostenibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puede incluir otras opciones y su nivel de importancia

3. ¿Cuáles consideran que son los valores básicos que debe mantener y/o desarrollar el sistema sanitario público? (Priorice estos seis valores según el nivel de importancia que representan para su sociedad científica siendo el 1 el más importante y 6 el de importancia nula) *

	prioridad 1	prioridad 2	prioridad 3	prioridad 4	prioridad 5	prioridad 6
Universalidad	<input type="checkbox"/>					
Equidad	<input type="checkbox"/>					
Eficiencia	<input type="checkbox"/>					
Solvencia financiera	<input type="checkbox"/>					
Cobertura general de prestaciones	<input type="checkbox"/>					

Puede incluir otros valores y su nivel de prioridad

4. ¿Creen Vds que es necesario transformar el modelo de prestación de servicios sanitarios actual? *

- Sí
 No

5. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa ¿Cómo visualizaría ese nuevo modelo de prestación? Esboce un relato, una visión del nuevo modelo, que incluya las razones del cambio y porqué iniciarlo.

Por qué cambiar el modelo asistencial actual - Direccionalidad para el cambio (visualizar el sistema sanitario que se quiere conseguir. A modo de ejemplo: con mayor seguridad clínica, con mayor cobertura de prestación, orientado al nuevo perfil de paciente crónico etc) - Características diferenciales del nuevo modelo de prestación asistencial versus el actual

6. ¿Por qué es clave la participación de los profesionales en el proceso de transformación y cambio del actual sistema sanitario? (Señale las tres respuestas que más importancia tienen para su sociedad científico-médica, señalando también las que no consideran relevantes siendo 1= más importante). *

	nivel 1	nivel 2	nivel 3	No relevante
Para poder atender mayores volúmenes de actividad derivados de las necesidades futuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque el sector tiene un desequilibrio entre oferta y demanda de profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque el sistema sanitario es corporativista y se necesita garantizar la "paz social" en un proceso de transformación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque el nuevo modelo de prestación está por definir, y requiere conocimiento profesional y sobre el terreno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque la evidencia constata que altos niveles de participación de los profesionales redundan en mejora de resultados en salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios

7. ¿Cree que el sistema está capacitado para canalizar las propuestas de mejora y transformación que surgen desde los profesionales? *

- Sí No No sabe/No contesta

8. ¿Cuáles consideran que son los valores básicos que debe mantener y/o desarrollar el sistema sanitario público? (Priorice estos seis valores según el nivel de importancia que representan para su sociedad científica siendo el 1 el más importante y 6 el de importancia nula) *

	prioridad 1	prioridad 2	prioridad 3	prioridad 4	prioridad 5	prioridad 6
Cambiar las estructuras, creando un departamento específico para centralizar el proceso	<input type="checkbox"/>					
Cambiar los sistemas de retribución, valorando las mejoras que se propongan en áreas predefinidas	<input type="checkbox"/>					
Establecer incentivos específicos, aunque no sean retributivos	<input type="checkbox"/>					
Alinear los instrumentos económicos del sistema con la priorización de generar innovaciones desde los profesionales	<input type="checkbox"/>					
Establecer una visión clara de las áreas de mejora a abordar por los clínicos	<input type="checkbox"/>					

Puede añadir otras áreas y su prioridad

Comentarios

9. ¿Cuál de las opciones siguientes elegiría como más apropiada para abordar la transformación del sistema sanitario? *

- Liderazgo vertical-jerárquico (centrado en la cúspide e irradia hacia abajo)
- Liderazgo distribuido- coordinación (cada nivel jerárquico tiene su propio nivel de liderazgo)
- No sabe/No contesta

10. ¿Cuál de las opciones siguientes elegiría como más apropiada para abordar la transformación del sistema sanitario? *

- Liderazgo político
- Liderazgo técnico-profesional
- No sabe/No contesta

11. ¿Cuál de las opciones siguientes elegiría como más apropiada para abordar la transformación del sistema sanitario? *

- Liderazgo especializado (con conocimiento profundo en áreas de contenido claves para el sector salud)
- Liderazgo sistémico (con visión holística, sistémica del sector)
- No sabe/No contesta

12. ¿Cómo visualizan el protagonismo que deben tener en el proceso de transformación los diferentes agentes clave del sistema? Señale para cada colectivo mencionado la escala de importancia que le asignaría para culminar con éxito un proceso de transformación *

	Imprescindible	Muy importante	Importante	Marginal/Nula	Tenerlos en contra impedirá el proceso	NS/NC
Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gestores de organizaciones sanitarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Administración sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Políticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Asociaciones de pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sindicatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sociedades médicas y científicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Organización médica colegial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Otras asociaciones profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

13. ¿Consideran que las sociedades científicas tienen barreras que les impiden contribuir con un papel protagonista a la transformación del sistema sanitario? *

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

14. En caso de respuesta positiva, señale el peso relativo que darían a cada una de las siguientes barreras, siendo 1 el máximo nivel de dificultad

	Dificultad nivel 1	Dificultad nivel 2	Dificultad nivel 3	Dificultad nivel 4	Dificultad nivel 5	Dificultad nivel 6	Dificultad nivel 7
De acceso a los agentes clave que tienen el poder de cambio	<input type="checkbox"/>						
De relación con otros agentes	<input type="checkbox"/>						
De recursos para hacerlo	<input type="checkbox"/>						
De capacidad para reflexionar sobre los aspectos "macro" que definen un sistema sanitario	<input type="checkbox"/>						
De liderazgo interno	<input type="checkbox"/>						
Ausencia de marco jurídico	<input type="checkbox"/>						

Puede añadir otras barreras y su nivel de dificultad

Comentarios

15. Priorice el protagonismo que deberían jugar en las siguientes cuestiones las sociedades científico-médicas, siendo 1 la máxima prioridad *

	1. Máxima	2. Alta	3	4. Media	5 . Baja	6. Mínima/Nula
Análisis de costefectividad de diagnósticos y tratamientos en sus respectivas especialidades	<input type="checkbox"/>					
Integración de procesos asistenciales con los de otros profesionales	<input type="checkbox"/>					
Definición de protocolos de atención según el tipo de paciente y su nivel de riesgo	<input type="checkbox"/>					
Guías de práctica clínica adaptadas a pacientes pluripatológicos y polimedicados	<input type="checkbox"/>					
Prácticas retributivas específicas por especialidad	<input type="checkbox"/>					
Adaptación particularizada de las políticas de reducción de gastos a cada especialidad	<input type="checkbox"/>					
Identificación de estándares para mejorar la calidad de atención y eficiencia de cada especialidad	<input type="checkbox"/>					

Otras cuestiones: especificarlas y asignar prioridad

Comentarios

16. Para jugar un rol protagonista en las áreas anteriores, ¿consideran necesario realizar cambios de orientación en su estrategia interna? *

Sí No No sabe/No contesta

En caso de respuesta positiva a la anterior pregunta, señalen aquí en qué dirección y de qué manera sugerirían acometer dichos cambios

email de confirmación *

Va a asistir a la reunión del 12 de diciembre en Madrid *

Sí No Estoy organizándome para ello

Indiquenos sus datos de contacto (Nombre completo, cargo en su Asociación, teléfono e email) *

Esta información será utilizada para facilitar la comunicación directa de los aspectos logísticos de la reunión del 12 de diciembre en Madrid

Número de sociedades que han respondido al cuestionario: 36

Tasa de respuesta: 92%

Tratamiento de los datos: para las sociedades que han enviado más de un cuestionario de respuesta se ha cargado la respuesta media correspondiente a la sociedad a fin de evitar la distorsión de resultados (Una sociedad ha enviado 28 cuestionarios a sus asociados y en 3 han respondido 2 de sus directivos. En todos estos casos se ha procesado la media).

La tasa de respuesta a las preguntas con respuesta cerrada ha sido del 100% (obligatorias).

La tasa de respuesta media a opciones abiertas es de un 18%.

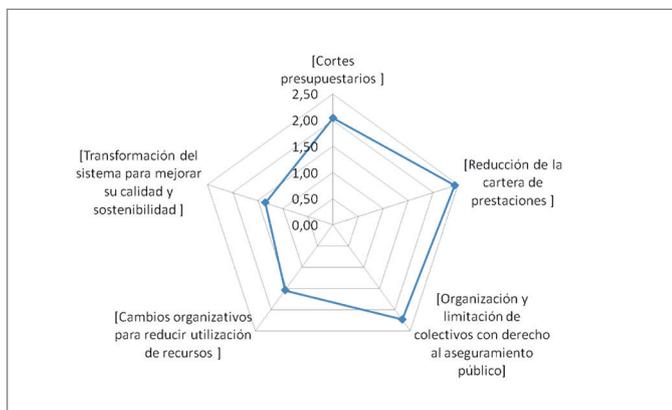
1. ¿Por qué el sistema sanitario se enfrenta al reto de su sostenibilidad futura?

(Marque las tres respuestas que más importancia tienen para Ud., señalando también las que no consideran relevantes (1= más importante, 2= siguiente nivel de importancia, 3=siguiente).



2. ¿En su opinión, qué impacto tienen las siguientes intervenciones como elemento de cambio en el Sistema Nacional de Salud para garantizar su viabilidad futura?

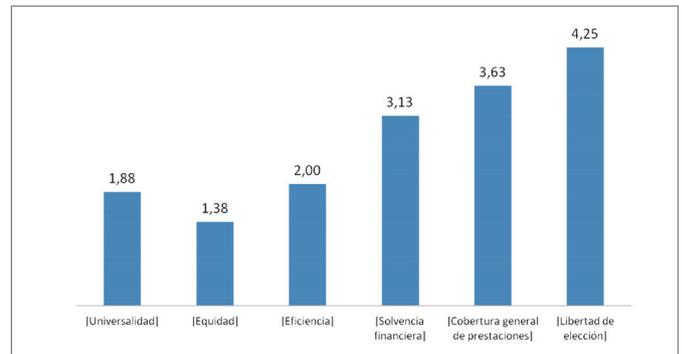
(Marque las tres respuestas que más importancia tienen para Ud., señalando también las que no consideran relevantes (1= más importante, 2= siguiente nivel de importancia, 3=siguiente).



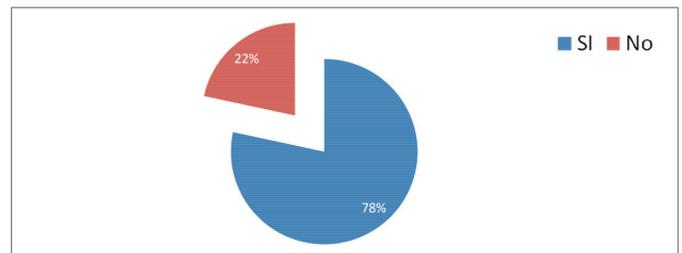
EXPLORACIÓN GENERAL DEL CUESTIONARIO

3. ¿Cuáles consideran que son los valores básicos que debe mantener la sanidad pública?

(Priorice estos seis valores según el nivel de importancia que representan para Ud. siendo el 1 el más importante y 6 el de importancia nula).

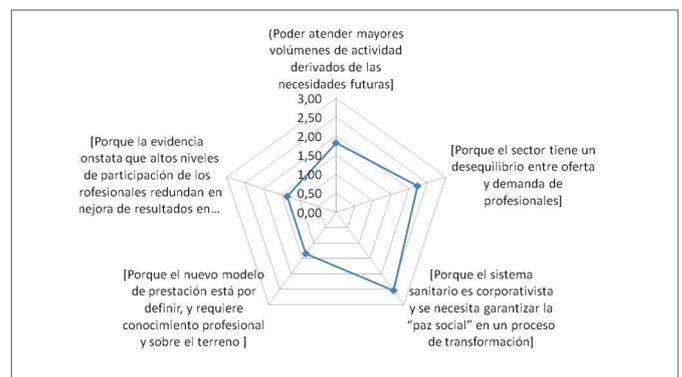


4. ¿Creen Uds. que es necesario transformar el modelo de prestación de servicios sanitarios actual?

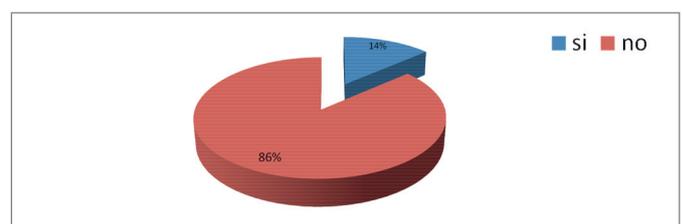


6. ¿Por qué es clave la participación de los profesionales en el proceso de transformación y cambio del actual sistema sanitario?

(Señale las tres respuestas que más importancia tienen para su sociedad científico-médica, señalando también las que no consideran relevantes siendo 1= más importante).

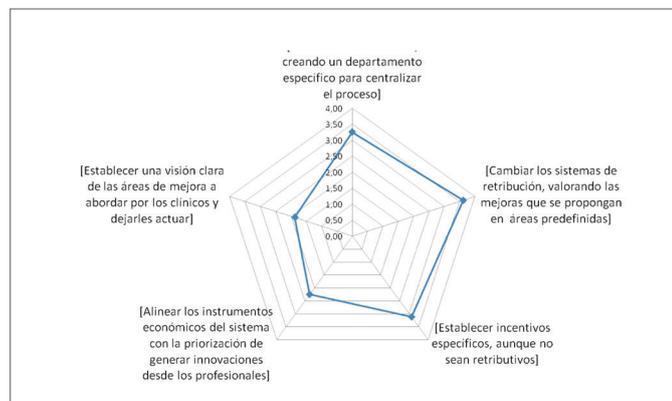


7. ¿Cree que el sistema está capacitado para canalizar las propuestas de mejora y transformación que surgen desde los profesionales?

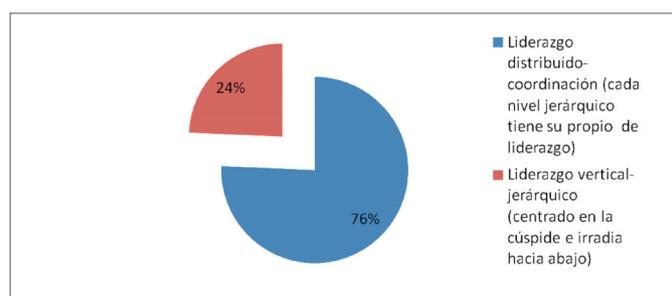


8. En caso de respuesta negativa a la pregunta anterior asigne la que concedería a las siguientes vías de mejora de esta capacidad.

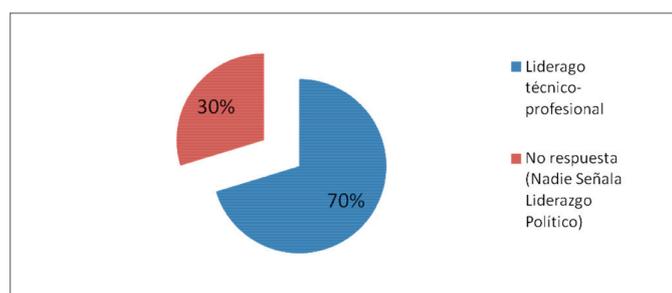
(siendo 1 la de máxima prioridad y 6 la de prioridad nula).



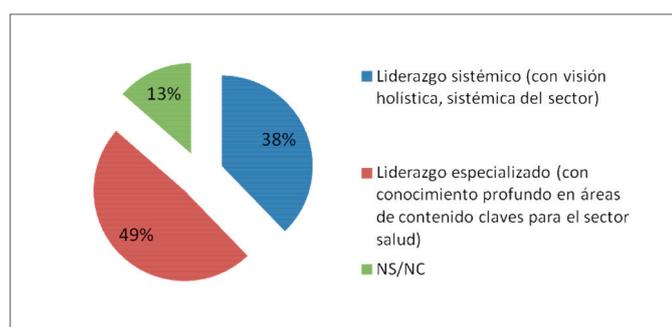
9. ¿Cuál de las opciones siguientes elegiría como más apropiada para abordar la transformación del sistema sanitario?



10. ¿Cuál de las opciones siguientes elegiría como más apropiada para abordar la transformación del sistema sanitario?



11. ¿Cuál de las opciones siguientes elegiría como más apropiada para abordar la transformación del sistema sanitario?

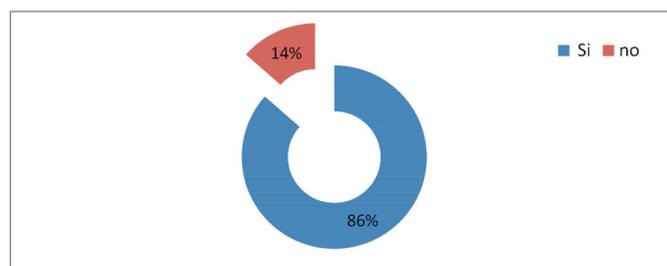


12. ¿Cómo visualizan el protagonismo que deben tener en el proceso de transformación los diferentes agentes clave del sistema?

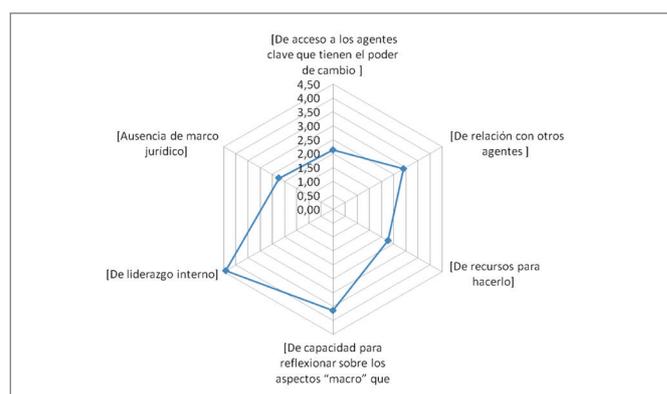
Señale para cada colectivo mencionado la escala de importancia que le asignaría para culminar con éxito un proceso de transformación (1= Imprescindible).



13. ¿Consideran que las sociedades científicas tienen barreras que les impiden contribuir con un papel protagonista a la transformación del sistema sanitario?



14. En caso de respuesta positiva, señale el peso relativo que darían a cada una de las siguientes barreras (siendo 1 el máximo peso relativo y 6 nulo).



15. Priorice el protagonismo que deberían jugar en las siguientes cuestiones las sociedades científico-médicas, siendo 1 la máxima prioridad.





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

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
www.dbs.deusto.es/health

