SOCIEDAD MURCIANA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

Proyecto CALYSOS:

Informe de Resultados

Mayo de 2012

Contenidos

Créditos 3
Participantes y Agradecimientos 4
Introducción 8
Material y Métodos 10
Resultados 16
Pregunta 1 18
Pregunta 2 24
Pregunta 3 27
Pregunta 4 31
Pregunta 5 34
Pregunta 6 37
Pregunta 7 41
Pregunta 8 45
Recomendaciones 49
Bibliografía 52
Anexo 1.- Carta Difusión Web Calysos 56
Anexo 2.- Web Calysos 58

Créditos

Edita

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

Equipo Director del Proyecto

Rafael Gomis Cebrian

Alberto Javier Barragan Perez

Julian Alcaraz Martínez

Manuel Alcaraz Quiñonero

Julio Jose Lopez-Picazo Ferrer

Victoriano Soria Aledo

El documento "Proyecto Calysos: Informe de Resultados" ha sido editado con los textos íntegros que los diferentes autores han elaborado y aportado. Por tanto, la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial no se hace responsable de los contenidos o las opiniones vertidas, ni de posibles erratas en los mismos.

Participantes y Agradecimientos

La Sociedad Murciana de Calidad Asistencial quiere agradecer, expresamente, la colaboración de todos y cada uno de los profesionales que han participado, facilitando sus opiniones y propuestas, y permitiendo la realización de este estudio.

Listado alfabético de Profesionales participantes

JOSE LUIS AGUAYO ALBASINI
JULIAN ALCARAZ MARTINEZ
BERNARDO ALMONACID KROEGER
JOSE ANTONIO ANDREO MARTINEZ
JUAN FRANCISCO ARENAS ALCARAZ
MARIA CARMEN ARJONA RAMIREZ
RUFINO BADENAS SILVESTRE
ÁNGEL BAIXAULI MONTEJANO
CECILIA BANACLOCHE CANO
ALBERTO JAVIER BARRAGAN PEREZ
Mª ESPERANZA BERMEJO MERCADER
ROSA MARIA BLAZQUEZ GARRIDO
FRANCISCO BOTIA MARTINEZ
CARMEN BRUFAU REDONDO
JUAN BERNARDO CABEZUELO ROMERO
JUAN BAUTISTA CALERO DEL CASTILLO
ANGEL CAMPOS CASANUEVA
JESUS LEAL LLOPIS
RAMÓN LÓPEZ ALEGRÍA
JUAN ANTONIO LOPEZ GARCIA
FCO. MIGUEL LOPEZ PEDREÑO
JOSE ANTONIO LOPEZ SOLER
FRANCISCO LOPEZ SORIANO
M. EULALIA LORCA SANCHEZ
VICTORIA EUGENIA LOZANO PASTOR
EMILIO LOZANO TONKIN
FCO. JESUS MANCHADO MADRONA
DIEGO MANSILLA MOLINA
MANUEL ANTONIO MARTIN PEREZ
FRANCISCO MARTIN RUIZ LAVELA
JUANA MARIA MARTINEZ ABELLAN
MARIANO MARTINEZ FRESNEDA
ADORACION MARTINEZ GIMENEZ
JUAN RAFAEL MARTINEZ MADRID

JAVIER CANO MARTINEZ
JOAQUIN CANOVAS CONESA
LUIS FERNANDO CARBALLO ALVAREZ
LUIS MIGUEL CARRILLO RAMIREZ
JOSE CASAS RENTERO
FRANCISCO JAVIER CASTELLOTE VARONA
CARLOS MARIANO CLAVEL SAINZ
M. ANTONIA CLAVER VALDERAS
ANDRES CONESA HERNANDEZ
ANA CONESA ROS
CLAUDIO CONTESSOTTO SPADETTO
FRANCISCO DE ASIS PEREZ CRESPO
M AMELIA DE LA RUBIA NIETO
PEDRO DE MINGO CASADO
MATIAS DIAZ LORENTE
JUAN ANTONIO DIEZ GARCIA
MARIA CARMEN ESCUDERO SANCHEZ
JOSE CARLOS ESPIN NAVARRO
FRANCISCO JAVIER EXPOSITO PEREZ
JUANA FEREZ PUJALTE
TOMAS FERNANDEZ APARICIO
ELISA FERNANDEZ GARCIA
JESUS FERNANDEZ PEREZ
M CONCEPCION FERNANDEZ REDONDO
JUANA MARIA MARTINEZ MAURANDI
JOSE ANTONIO MARTINEZ MONTOYA
JUAN FRANCISCO MARTINEZ-LAGE SANCHEZ
LUIS MARTOS GARCIA
MILAGROS MAS CERDAN
DESIDERIO MEJIAS VERDU
ESTEBAN MERINO GALVEZ
MARIA DOLORES MEROÑO RIVERA
MARIA MAGDALENA MOLINA OLLER
JUAN LUIS MOLINA ORTEGA
SOCORRO MONTALBAN ROMERO
JUAN MORENO AVILES
ANTONIO MORENO DIEGUEZ
JOSEFA PATRICIA MORENO PINA
ANTONIO MOTA CASTILLA
JOSE ANTONIO MULA GARCIA
MANUELA MUÑOZ SANCHEZ
JUAN ANTONIO ORTEGA GARCIA
ANTONIO PAREDES SIDRACH DE CARDONA
JAIME PASCUAL ALBIACH
SILVIA PEREZ GARCIA-RIPOLL
MANUEL PEDRO PEREZ GUTIERREZ
M. ANGELES PEREZ SEVA
CARMEN PEREZ-CRESPO GOMEZ

SANTIAGO FERREIRO RODRIGUEZ
M PILAR FERRER BAS
GRISELDA FRAPOLLI GOMEZ
JOSE FRANCISCO FRIAS INIESTA
TEODOMIRO FUENTE JIMENEZ
MANUEL R. GALIANA CELA
JOSE ANTONIO GALLARDO ROBLES
JOSE M. GARCIA BASTERRECHEA
RICARDO GARCIA DE LEON CHOCANO
RICARDO GARCIA DE LEON GONZALEZ
LORENZO GARCIA FERNANDEZ
BERNABE GARCIA LOPEZ
RAFAEL GARCIA ROMERO
JOSE MARIA GARCIA SANTOS
ANA MARIA GIMENEZ RUBIO
ENRIQUE LUIS GIRELA BAENA
MARIANO GOMEZ FRANCO
ANTONIO EUGENIO GOMEZ GOMEZ
ASCENSION GOMEZ LOPEZ
M. ANGELES GOMEZ ORTIGOSA
ESTER GOMEZ RODRIGUEZ
PEDRO GONZALEZ MARTINEZ
LUIS JOAQUIN GONZALEZ-MORO PRATS
ANTONIO GUILABERT GIMENEZ
ROMAN PICAZO CORDOBA
TRINIDAD PITARCH FLORS
SANTIAGO POVEDA SILES
FRANCISCO RICO RICO
JOSE MANUEL ROBLES BRABEZO
JUAN JOSE RODRIGUEZ MONDEJAR
JOSE MIGUEL RODRIGUEZ RODENAS
Mª CARMEN ROMAN MARTINEZ
JUAN MANUEL ROMERO PELEGRIN
ESTHER RUBIO GIL
JOSE ANTONIO RUIZ ROS
ALFONSO JOSE RUIZ SANCHEZ
ANGELES SAEZ SOTO
CARMEN SANCHEZ ALVAREZ
JUAN SANCHEZ GARRE
JUAN MIGUEL SANCHEZ NIETO
SARA SANCHEZ PEÑAS
JUAN ANTONIO SANCHEZ PEREZ
MARIA ISABEL SANCHEZ ZAPATA
MANUEL SANCHEZ-SOLIS DE QUEROL
CARMEN SOLER MORALES
VICTORIANO SORIA ALEDO
ANA SORIANO JIMENEZ
FRANCISCO JAVIER TÉBAR MASSÓ

CARMEN DEL ROSARIO GUIRADO ESCAMEZ

MARIA JOSE HERMOSO

ANTONIO MIGUEL HERNANDEZ MARTINEZ

SOLANGER HERNANDEZ MENDEZ

DOLORES INIESTA MARTINEZ

JAVIER INIESTA SANCHEZ

ISMAEL GONZALEZ BLAS

LUIS ENRIQUE JORDAN TORRENT

JUAN LUIS DELGADO MARIN

FRANCISCA VALDES RICHART

JUAN JOSE VALVERDE INIESTA

SILVIA VAZQUEZ GIMENEZ

JOSE LUIS VAZQUEZ ROJAS

ISIDORO VAZQUEZ VILLA

JOSE CARLOS VICENTE LOPEZ

PEDRO VILLA MALDONADO

MANUEL CALIXTO VILLEGAS GARCIA

ROSA VIÑAS PIFARRE

A todos y todas, gracias.

Introducción

La pregunta sobre si el Sistema Nacional de Salud (SNS) es viable económicamente en su concepción actual, visto como un todo o como la suma de los diferentes servicios regionales de salud que lo componen, se encuentra planteada en todos los foros, no solo sanitarios, sino también políticos y sociales.

Su respuesta está dando lugar a la aparición de múltiples informes, análisis, opiniones o recomendaciones sobre qué hay que hacer y qué no hacer para garantizar la sostenibilidad de una de las prestaciones sociales más prestigiadas en la opinión pública de nuestro país y más interiorizadas como un importante baluarte de nuestro Estado del Bienestar.

El debate, y sus componentes originarios no son nuevos. Ya hace 20 años del controvertido Informe Abril[1] que, independientemente de los logros alcanzados o implantados respecto a sus propuestas, generó un favorable clima a, cuando menos, cuestionar la eficiencia e inviolabilidad del statu quo sanitario.

Es probable que el favorable entorno económico minimizara la necesidad y urgencia de introducir cambios en nuestro SNS, dirigidos a mejorar su productividad y eficiencia. Sin embargo, la importante crisis económica y financiera de estos últimos años, ha hecho aflorar las referencias a la necesidad de introducir profundos cambios estructurales y funcionales.

Es difícil encontrar algún foro que se haya resistido a manifestar sus "recetas" en un tema de tan profundo calado. Desde organizaciones especializadas en la consultoría[2-4], investigadores y economistas de la salud[5-14], colegios profesionales[15-16], líderes clínicos y directivos[17-26], sociedades científicas[27-28], grupos de expertos[29-38], organizaciones sindicales y foros profesionales[39-42] e, incluso, medios de comunicación generalistas o no especializados en la materia[43-61] han formulado sus recomendaciones y opiniones al respecto. Como no podía ser de otra forma, también el propio Consejo Interterritorial del SNS ha establecido sus acuerdos[62].

Ahora bien, ¿cuál es la opinión de nuestros profesionales sanitarios?, ¿se ven reflejados en las opiniones vertidas por otros?, ¿se sienten implicados con sus conclusiones?, ¿asumen las propuestas de reformas?

Aclarar esta incertidumbre ha sido la meta que la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (Somuca) se planteó a finales de 2011. En este sentido, se consideró conveniente desarrollar un estudio que tuviera por objetivos:

- Establecer un medio a través del cual, los Profesionales Sanitarios del Servicio Murciano de Salud puedan participar en el debate sobre la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público.
- Identificar las propuestas y medidas planteadas por los Profesionales Sanitarios del Servicio Murciano de Salud, encaminadas a garantizar y mejorar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público.
- Elaborar una lista con dichas propuestas y medidas.
- Difundir las conclusiones del estudio entre la comunidad científica, así como entre los responsables sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Los beneficios que un proyecto de este tipo puede aportar son múltiples, e inciden de forma clara sobre todas las partes y actores intervinientes. Así, para los Profesionales sanitarios supone disponer de un canal de expresión a través de una Sociedad Científica consolidada en la Región y con una marcada reputación, lo que permite expresar libremente las opiniones, sin sesgos apriorísticos. A la Administración Sanitaria Regional le permite disponer de un documento compilativo con las propuestas de un importante y cualificado volumen de profesionales sanitarios que prestan sus servicios en la Región. Finalmente, para Somuca significa cumplir con sus fines como Sociedad dedicada a la mejora de la calidad asistencial, así como incrementar su producción científica, ganando de este modo visibilidad a nivel profesional.

La propuesta del Proyecto CALYSOS y sus objetivos fueron presentados a la Consejera de Sanidad y Política Social en una reunión celebrada el pasado 15 de Diciembre de 2011, fruto de la cual, y una vez informado el Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS), se formalizó la colaboración mediante una solicitud de desarrollo del estudio fechada el 22 de Diciembre de 2011 y firmada por el Director General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, así como por el Gerente del SMS. Con estas bases y propuestas, se diseñó el Proyecto CALYSOS, cuya metodología y resultados se exponen a continuación.

Material y Métodos

Universo.- Profesionales Médicos y de Enfermería que prestan sus servicios en el Servicio Murciano de Salud. Queda excluido, en esta fase del Proyecto, cualquier otro profesional que no responda a dicho perfil.

Población Diana.- Profesionales sanitarios con cargos intermedios y/o con responsabilidades en la gestión sobre otras personas de la organización. Se entenderán como tales, los Jefes de Servicios clínicos, Coordinadores de Unidades asistenciales, Coordinadores Médicos y de Enfermería de los Centros de Salud, Supervisores de Enfermería, así como cualquier otra denominación existente que responda a esa definición de perfil.

Una vez establecida la Población Diana, se mantuvo una reunión con los Servicios Centrales del Servicio Murciano de Salud para identificar personas y cargos, así como el correo electrónico corporativo o el vigente en la correspondiente ficha de personal.

El número total de profesionales identificados fue de 796, de los cuales no consta correo electrónico en 79 casos.

Estrategias de Difusión.- Una vez identificados los profesionales destinatarios, se elaboró un documento (Anexo 1) en el que se realizaba la presentación del proyecto explicando el mismo, su integración dentro de las líneas de desarrollo estratégico del ámbito sanitario regional, y la solicitud de la colaboración activa de los profesionales a través del registro y cumplimentación del cuestionario elaborado a tal fin.

El proyecto fue comunicado personalmente por el Gerente del SMS a todos los Gerentes de las Áreas de Salud en una reunión de los equipos directivos así como, con posterioridad, por el responsable del estudio mediante llamada personal a cada Gerente y envío de un pdf conteniendo las diferentes preguntas que iban a ser realizadas. Dicho pdf fue, así mismo, distribuido al resto del equipo directivo de las Áreas de Salud.

Se planificaron dos oleadas de difusión. La primera de ellas se realizaría desde los Servicios Centrales del SMS y, la segunda, desde las propias Gerencias de las Áreas de Salud. Los motivos de este planteamiento fueron los siguientes:

- Por un lado, la ausencia de información relativa al correo electrónico de 79 de los destinatarios, lo que hacía necesario que por parte de las Áreas de Salud, y en concreto desde las diferentes Secretarías de las Gerencias, se contrastara tanto las ausencias detectadas, como los errores que pudieran existir en las direcciones de correo electrónico de los registros de los Servicios Centrales del SMS.
- Por otro lado, el conocimiento y experiencia sobre las dificultades relativas a la eficacia de las comunicaciones a través de correos electrónicos corporativos debidas, principalmente, a los problemas de "buzón lleno" o, directamente, a la escasa utilización del correo corporativo, que podría ser subsanado parcialmente por las Áreas de Salud, a través del conocimiento de direcciones de correo alternativas o formatos de comunicación distintos.

Con fecha 9 de Marzo de 2012, se desarrolló la primera de las oleadas previstas con la remisión de un correo electrónico desde la Secretaría del Gerente del SMS a toda la población diana.

Con posterioridad a esa fecha, el 15 de marzo de 2012, se remitieron los listados utilizados a cada una de las Áreas de Salud con objeto de iniciar la segunda oleada de difusión, cuyas fechas y canales de difusión utilizados variaron entre las distintas Áreas (en algunos casos se utilizaron las reuniones de equipos, circulares, intranet, sms's, ...).

Marco Temporal.- El tiempo establecido inicialmente para la cumplimentación de los cuestionarios fue del 9 de Marzo (primera difusión del Proyecto Calysos), hasta el 31 del mismo mes. Sin embargo, el plazo límite se amplió finalmente hasta el 18 de Abril.

Los motivos para dicha ampliación de plazo se pueden agrupar en tres:

- Los problemas de difusión aludidos anteriormente, y que se confirmaron tras los diferentes controles establecidos con contactos clave, que confirmaron las sospechas de la mejorable funcionalidad del correo corporativo para informar del proyecto.
- La dificultad y tiempo necesario para la reflexión, que motivó el que muchos profesionales solicitaran sucesivas ampliaciones de plazo para finalizar adecuadamente el cuestionario.

- Las poco favorables fechas en las que se desarrolló el proyecto, por el elevado número de puentes y festivos en el periodo habilitado (puente del 19 de marzo, Semana Santa y posteriores Fiestas de Primavera y locales), que minimizaron los días hábiles disponibles.

Construcción Web.- Para recoger las opiniones y medidas para mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario, se consideró que la construcción de una web específica para el proyecto, podía ser el más funcional y eficiente formato de recogida de las respuestas, así como la de mayor comodidad para los respondientes, al poder acceder en cualquier momento y desde cualquier lugar con acceso a Internet.

A las ventajas anteriores, se unen la de poder abordar un cuestionario de cumplimentación compleja, con la facilidad de poder ir almacenando en sucesivos borradores las respuestas y poder revisarlas antes de remitirlas de forma definitiva una vez se considere "cerrada" la participación.

La página web fue diseñada por el equipo director del proyecto y construida por el Departamento de Informática y Sistemas de la Fundación para la Formación e investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS), alojándose en el servidor de Somuca (Anexo 2).

La web (www.somuca.es/calysos) presenta una parte pública donde se explica sucintamente el proyecto, las colaboraciones, las garantías y la política de protección de datos, así como la página de registro. En la parte privada (de acceso personal, una vez registrado) aparecen un total de 9 páginas, de las que corresponden 8 a cada una de las 8 preguntas, así como la página de envío para, una vez finalizadas las respuestas, revisar y confirmar las mismas por parte del encuestado.

Construcción Cuestionario.- Para garantizar la máxima flexibilidad a la hora de proponer medidas y opiniones por parte del participante, se descartaron las preguntas cerradas o semicerradas, optándose por una metodología más compleja de preguntas abiertas, que permiten la exposición y redacción de las ideas y reflexiones del autor sobre texto libre, pero que genera un mayor trabajo metodológico, sobre todo a la hora del análisis y clasificación de las respuestas.

Respecto al número, se descartó la redacción de una única pregunta generalista en la que los profesionales establecieran todas aquellas propuestas que considerasen.

En este sentido, se consideró poco práctica puesto que, por un lado, no sistematiza el pensamiento reflexivo hacia áreas concretas de mejora y, por otro, dificulta la clasificación y agrupación de la respuesta en entornos uniformes.

Por todo ello, se planteó realizar una misma base de pregunta, pero dirigida hacia 8 áreas o entornos de intervención específicos. El cuestionario inicialmente elaborado fue sometido a un test cognitivo en el entorno de la Junta Directiva de Somuca, tras el cual se plantearon dos medidas:

- Por un lado, mejorar la redacción de las preguntas para facilitar su comprensión.
- Por otro, presentar un texto introductorio a la pregunta con objeto de centrar el pensamiento reflexivo y acotar mejor los contextos específicos.

La pregunta final contenía una parte común, en concreto, "¿Qué propuestas/medidas implantaría para .....?", acompañada de los 8 contextos específicos. Estos fueron:

1. Mejorar la gestión de la demanda asistencial.
2. Racionalizar las prestaciones asistenciales y preventivas.
3. Adecuar los mecanismos de incorporación y utilización de las tecnologías.
4. Mejorar la coordinación e información entre niveles asistenciales.
5. Mejorar la gestión del conocimiento y del personal.
6. Mejorar el rendimiento y la productividad de profesionales, equipos e infraestructuras.
7. Mejorar la gestión de centros, unidades y servicios.
8. Fomentar el buen gobierno de las organizaciones sanitarias.

Las formulaciones definitivas de las preguntas y los textos introductorios se encuentran disponibles en el Anexo 2.

Garantía y Protección de Confidencialidad.- Con el fin de asegurar la garantía de confidencialidad, en el sentido de imposibilitar la identificación de una respuesta con su autor, se han utilizado diversos mecanismos:

- En primer lugar, solo han tenido clave de acceso a la base de datos en calidad de administradores, el Director del Proyecto y la Responsable Informática, sin que se haya permitido ningún otro acceso autorizado.
- En segundo lugar, no se ha registrado el nombre del participante, sino solo el DNI y el correo electrónico, como elementos identificativos.
- En tercer lugar, se ha aleatorizado el orden de las respuestas en cada pregunta, lo que hace imposible reestablecer una secuencia de identificación de las respuestas de un mismo autor.
- En cuarto lugar, se han eliminado todas aquellas respuestas que, en su literalidad, se dieran pistas sobre la ubicación o responsabilidad del respondiente.

Adicionalmente, se han establecido diversos mecanismos de "ciego". En este sentido:

- Los informáticos intervinientes tenían expresamente vetado el acceso a los contenidos y resultados de los cuestionarios, salvo en el caso de que se produjera alguna incidencia notificada a la Secretaría Técnica de Somuca por algún autor que, a su vez, notificaba esta incidencia sin tener, en ningún caso, acceso a la base de datos (se han notificado del tipo "imposibilidad de acceder al cuestionario", "no veo las respuestas que he escrito", o "he perdido la clave de acceso", por citar algunas).
- El equipo de Proyecto nunca ha dispuesto de claves de acceso a la base de datos. La información necesaria para la realización del análisis y clasificación de respuestas le ha sido remitida una vez agrupada, clasificada y anonimizada por el Director del Proyecto y la Responsable Informática.
- La evaluación nunca ha seguido una metodología de revisión de las respuestas de un mismo autor, sino de revisión de todas las respuestas a una misma pregunta, de nuevo clasificada y anonimizada.

La Base de Datos será destruida en el momento de la finalización del estudio.

Metodología de Revisión.- Para cumplir el compromiso de independencia y ausencia de sesgos en el tratamiento de los resultados, se ha seguido la siguiente metodología para la revisión de las respuestas. Cada evaluador del Equipo de Proyecto se ha encargado de revisar la totalidad de respuestas a 2 preguntas,

debiendo desarrollar una agrupación temática de las mismas y un primer informe resumen.

Cada uno de esos informes ha sido revisado, a su vez, por otros dos evaluadores que, tras la incorporación de sus comentarios y recomendaciones, generaban la redacción de un nuevo informe resumen. Por tanto, cada pregunta ha sido analizada y redactada por tres evaluadores.

El documento final ha sido revisado y validado por la totalidad del Equipo de Proyecto.

Resultados

El número total de registros de participantes ha sido de 207, lo que supone el 26% del total de posibles participantes identificados. Sin embargo, el número de participantes registrados que respondieron, al menos, a una de las preguntas formuladas en el proyecto ha sido de 148, lo que equivale al 18,6% del total de la población diana.

La distribución de los participantes por Áreas de Salud aparece en la Tabla 1:

Tabla 1.- **Distribución de Participantes por Área de Salud**	**Número**	**%**
Área de Salud I (Murcia/Oeste)	37	25,0
Área de Salud II (Cartagena)	18	12,2
Área de Salud III (Lorca)	9	6,1
Área de Salud IV (Noroeste)	5	3,4
Área de Salud V (Altiplano)	25	16,9
Área de Salud VI (Vega Media del Segura)	22	14,9
Área de Salud VII (Murcia/Este)	17	11,5
Área de Salud VIII (Mar Menor)	5	3,4
Área de Salud IX (Vega Alta del Segura)	6	4,1
Otros	4	2,7
TOTAL	**148**	**100,0**

El ámbito de pertenencia de los participantes, así como la profesión aparecen en las Tablas 2 y 3, donde puede observarse como el perfil más frecuente se corresponde con el de médico del ámbito hospitalario.

Tabla 2.- **Ámbito de los Participantes**	**Número**	**%**
Atención Primaria	43	29,1
Atención Hospitalaria	97	65,5
Otros	8	5,4
TOTAL	**148**	**100,0**

Tabla 3.- Profesión de los Participantes	**Número**	**%**
Médico/a	82	55,4
Enfermero/a	55	37,2
Otro	11	7,4
TOTAL	**148**	**100,0**

Respecto a la cumplimentación de las diferentes preguntas formuladas, en la Tabla 4 se refleja el número y porcentaje del total de participantes que responden a cada una de las preguntas, observándose que la pregunta 1 ha sido la que mayor nivel de respuesta ha obtenido con un 94% de los participantes registrados, mientras que las preguntas 6 y 8 son las menos respondidas, aunque ambas superan el 68%.

Tabla 4.- Respuestas por Pregunta	**Número**	**%**
Pregunta 1	139	93,9
Pregunta 2	121	81,8
Pregunta 3	115	77,7
Pregunta 4	121	81,8
Pregunta 5	114	77,0
Pregunta 6	102	68,9
Pregunta 7	106	71,6
Pregunta 8	101	68,2

El resumen de los principales hallazgos y propuestas por pregunta, se exponen a continuación:

Pregunta 1.- Medidas dirigidas a mejorar la gestión de la demanda asistencial.

En el momento actual, diversos factores relacionados tanto por el lado de la demanda (envejecimiento de la población, fascinación tecnológica, preocupación e interés ciudadano con la calidad de vida), como por el de la oferta, (mayor accesibilidad, prestaciones, desarrollo e innovación tecnológica), presionan claramente hacia un incremento en la utilización de servicios sanitarios, siendo razonable predecir que esta tendencia continuará aumentando en el futuro.

El desequilibrio, medido en términos de listas de espera, no parece resolverse únicamente con un incremento de recursos.

Por otro lado, también se está demandando una mayor responsabilidad del paciente en la gestión de sus factores de riesgo y patologías, así como una reorientación de la propia oferta asistencial.

En este contexto ¿qué acciones propondría aplicar para implicar a los pacientes en su autocuidado, así como para controlar la utilización excesiva de los recursos sanitarios?

Esta ha sido la pregunta que más respuestas ha generado entre los encuestados. En este sentido, y aunque se observa una amplia heterogeneidad tanto en las propuestas planteadas, como en los diferentes posicionamientos frente a las mismas, pueden ordenarse en torno a los siguientes grandes bloques temáticos de medidas.

1.1.- Copago.

La utilización de medidas de copago o de utilización del tiket moderador por la asistencia es un aspecto ampliamente comentado y planteado como necesario, inevitable o, al menos, que podría ser de ayuda para la sostenibilidad del sistema sanitario, pero con matices.

La justificación viene de la sensación de utilización innecesaria o abusiva de los servicios sanitarios por parte de los pacientes. Comentarios relativos a "... hacer entender que esto no es gratis", o el bajo umbral de respuesta y preparación frente a patologías menores ("si me pica la gargante, tengo que ir al médico"), o directamente la utilización cotidiana o casi rutinaria ("traigo al niño urgente porque

al recogerlo del colegio parece que lo noto caliente"), ponen de manifiesto de forma gráfica esta percepción.

La consideración de una mayoría es que debe aplicarse a quienes utilizan inadecuadamente los recursos de la Sanidad, bien por exceso injustificado de frecuentación, bien por inasistencia no canceladas a citas prefijadas. Otro grupo considera que deben implantarse estas medidas en algunas prestaciones actualmente recogidas o realizadas, consideradas no imprescindibles o claramente accesorias ("determinadas exploraciones o técnicas nuevas", o "fármacos para síntomas menores"). Existe otro grupo de profesionales que se decanta claramente por la ampliación del pago por receta, o por utilización de servicios clínicos (urgencias, consultas o pruebas complementarias) o asistenciales y de apoyo (ambulancias, hostelería, ...). Finalmente, también hay planteamientos claramente favorables a pago por la atención (retornable parcialmente o no), como modo de cambiar la percepción sobre un bien común.

Existe la percepción de que muchos son los que opinan que puede ser una medida que sea preciso tomar, aunque también hay quien plantea la necesidad de encontrar fórmulas para evitar injusticias o inequidades.

1.2.- Programas de educación para la salud.

En la mayor parte de encuestados, la educación para la salud tiene un papel fundamental en este aspecto e, incluso, refuerza la medida anterior. Los matices que cada uno añade a este aspecto, enriquecen la explicación. Así, la educación para la salud en la que se de el protagonismo al ciudadano para que se implique en su autocuidado de manera activa y tome la responsabilidad de cuidar su salud y no sólo de tratar su enfermedad, es el aspecto en el que más se coincide en las respuestas.

También hay una opinión mayoritaria sobre que esta educación debe darse principalmente en Atención Primaria, con un papel importante de Enfermería y coordinado con el nivel hospitalario para que exista un mismo hilo conductor, sin contradicciones. Además, son varios los que opinan que debería empezar esta educación en la escuela, fomentando hábitos saludables, promocionando el ejercicio físico y desaconsejando hábitos nocivos para la salud.

Los pacientes con patologías crónicas también debieran ser un grupo prioritario en el nuevo marco de horizonte temporal que se avecina, y que es uno de los claros

beneficiarios de estos programas. Para ellos, las propuestas de elaboración de guías para pacientes sobre patologías y tratamientos concretos, las escuelas de pacientes, los talleres desarrollados por profesionales o por pacientes expertos, persiguen la desmedicalización y la promoción de los estilos de vida saludables.

También existen críticas a determinadas actitudes personales e, incluso institucionales. Respecto a las personales, se observan comentarios respecto a la necesaria y "obligatoria" implicación y responsabilización del paciente en su proceso, hasta el punto de exigir cambios en el modo de atención si el paciente no colabora. Las referencias a modelos de "contrato terapéutico" en el que se pacten las acciones y responsabilidades y se liguen a resultados, plantean como consecuencias medidas del tipo de "... se pueda decir claramente que se ocupa su espacio por otro paciente que aproveche el tratamiento", o bien "costear parte de la asistencia.... en pacientes no cumplidores".

Respecto a las críticas institucionales, se plantean en dos sentidos: por un lado, la escasa actividad respecto a realizar campañas de educación sanitaria y utilización adeuada de los recursos públicos, y por otra respecto al inadecuado mensaje de algunas de las realizadas, como las de "llame para lo que necesite" o "consulte a su médico" que estimulan la sobreutilización y/o el uso indiscriminado e injustificado.

Por último, hay también quien opina que se debería realizar un esfuerzo formativo con los profesionales en educación para la salud ya que, o bien se considera que hay mensajes contradictorios o incoherentes entre niveles asistenciales, o bien hay una infrautilización de este recurso.

1.3.- Información sobre costes.

La información sobre los costes de la sanidad es otra de las propuestas más frecuentes de entre las medidas planteadas. Hay una amplia mayoría de opiniones a favor de informar sobre los costes de la atención sanitaria, sea del precio de los medicamentos (se propone que consten en las caja de fármacos), sea del coste de las exploraciones complementarias y tecnologías utilizadas en el proceso diagnóstico o terapeútico o, incluso, del coste de los ingresos hospitalarios. El uso de factura informativa o "factura sombra" es una medida que presenta bastantes defensores.

Sin embargo, también se encuentran referencias a que no sólo se debe informar de los costes a los pacientes. Algunos profesionales opinan que la información

individualizada de los costes de la asistencia (pruebas complementarias, fármacos, transporte sanitario,...) debería llegar a cada profesional que la genera, para que sea también consciente de su aportación y responsabilidad sobre la factura final del gasto sanitario. Hay comentarios sobre que el paciente no es el que receta los medicamentos ni solicita las ambulancias, y tanto la frecuente presencia de un funcionamiento de "medicina defensiva", como la inexistencia de protocolos y guías de actuación profesional que racionalicen la actuación en deteminados supuestos, o la descoordinación entre niveles asistenciales que motiva en frecuentes ocasiones duplicidades en la realización de pruebas complementarias, por citar algunas, son claras oportunidades de mejora.

1.4.- Control del gasto.

El control del gasto es otro de los aspectos abordados en las respuestas a esta pregunta y que amplía las propuestas realizadas sobre información de costes.

Se propone un mejor control del gasto en fármacos, mediante la utilización de medios electrónicos, así como estableciendo la exclusión de la financiación de fármacos para aliviar síntomas menores. También se proponen medidas para gesionar mejor el control de recetas de pensionistas y de pacientes con patologías crónicas.

Se propone, asímismo, una mejor adecuación de las prestaciones de cartera de servicios, estableciendo un uso basado en criterios de validez y eficacia, incluso de jerarquización de los accesos a las mismas. En este sentido, se considera conveniente el establecimiento de una cartera de servicios explícita para cada nivel asistencial y área geográfica, que permita centralizar recursos y servicios en base a criterios exclusivamente de rentabilidad clínica y económica.

Del mismo modo, la repetición de idénticas pruebas en varios niveles asistenciales debe evitarse mediante el establecimiento de protocolos de actuación y vías clínicas consensuadas entre niveles. Para este fin, también se considera básico una más accesible información sobre el paciente, con una historia clínica común en todo el sistema sanitario.

Por último dos aspectos tratados también dentro de los supceptibles de ser controlado su gasto son el uso de transporte sanitario y las interconsultas generadas tanto desde atención primaria como desde el hospital, incluyendo en este punto la pertinencia de evaluar en cada caso la necesidad de consultas sucesivas y

la posibilidad de establecer consultas no presenciales con la ayuda de nuevas tecnologías.

1.5.- Otras propuestas.

Ha habido otras propuestas que no han tenido una coincidencia tan amplia como las anteriores y que no encajan exactamente en los epígrafes anteriormente expuestos.

Se ha propuesto el uso de la telemedicina y, en general, de las nuevas tecnologías, no sólo como elemento para controlar el gasto, sino para mejorar la accesibilidad y la capacidad de respuesta tanto para la atención primaria como la hospitalaria.

La potenciación de la atención domiciliaria también aparece como un elemento al que se da importancia, ya sea para la atención de pacientes con problema de desplazamiento, como para la atención a pacientes terminales, o para hospitalización domiciliaria.

Hay también algunas opiniones a favor de intentar acortar la estancia hospitalaria lo que llevaría a una reducción del gasto y de las complicaciones, a la vez que permitiría disponer de más espacio que mejoraría la accesibilidad. Continuando con el tema de las estancias, hay encuestados que proponen un control de los ingresos hospitalarios fomentando la Cirugía Mayor Ambulatoria, con ingresos en el mismo día, si es posible, de la intervención para cirugía programada con estancia y realización de pruebas diagnósticas.

Otro aspecto propuesto es la coordinación de la atención primaria y la hospitalaria mediante el diseño de procesos asistenciales, incorporando vías clínicas y protocolos de actuación, y utilizando las herramientas informáticas como soporte y guía en la toma de decisiones. En esta línea también se indica que sería beneficioso para una mejor atención, contar con herramientas o dispositivos que permitan descargar de tareas administrativas el área clínica

Otras propuestas que se han dado han sido la ampliación del número de pacientes citados por consulta, teniendo en cuenta la media de absentismo, el fomento de la lactancia materna, una mayor protección del profesional para que no tenga que hacer medicina defensiva y el uso de farmacoterapia en dosis individualizadas para una duración determinada y en una dosificación adecuada.

Respecto a la cartera de servicios, hay quien opina que se debería ampliar en algunos aspectos, quien opina que se debería reducir y, los más, quienes opinan

que se debiera revisar y ser claramente difundida entre los profesionales y los pacientes.

Pregunta 2.- Medidas dirigidas a racionalizar las prestaciones asistenciales y preventivas: Cartera de Servicios.

Las épocas de crisis constituyen excelentes oportunidades para revisar los productos y servicios que provee una organización. El objetivo no es otro que el de identificar áreas de mejora, no solo en la eficiencia de dicha prestación (es decir, poder ejecutarla con menos coste), sino incluso en términos de eficacia (es decir, valorar si realmente sirve para algo).

El sector sanitario no es ajeno a esta dinámica, que puede aprovecharse para identificar aquéllas actuaciones que se consideren innecesarias, que se oferten de manera inadecuada, o que no hayan demostrado una adecuada relación coste/beneficio.

En definitiva, podría ser necesario revisar y reorientar prioridades, dejar de financiar parcial o completamente medicamentos, dispositivos, aparatos, procedimientos o servicios, con escaso valor clínico.

Para ello ¿qué prestaciones eliminaría y cuáles considera necesario implantar?

Las sugerencias de los encuestados pueden resumirse en 4 amplias propuestas:

2.1.- Basar las prestaciones a ofertar en una evaluación rigurosa de tecnologías, homogénea en el territorio español, y que esta cartera de servicios se pusiera en práctica a través de procedimientos normalizados.

Es opinión extendida la necesidad de adaptar la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y por ello la del SMS, de tal manera que se garanticen las prestaciones avaladas por un nivel de evidencia alto en la literatura y que producen resultados en términos de salud sobre la población. Las actuaciones propuestas pasan por revisar las carteras de servicios de los diferentes servicios de salud por un grupo de expertos y ajustarla en base a la evidencia disponible a fin de obtener una cartera homogénea en todas las comunidades autónomas que mantenga las prestaciones que disponen de evidencia en resultados de salud, elimine el resto y establezca criterios para la inclusión de otras nuevas.

Subsidiariamente, debe normalizarse el uso de estas prestaciones mediante el diseño y despliegue de procesos, protocolos, guías, vías y procedimientos. Éstos

deben establecer claramente sus límites, señalando cuando es razonable que un usuario reciba la prestación en cuestión y en qué circunstancias no es adecuada. Igualmente, deben fijar criterios en cuanto al empleo de analíticas, exploraciones complementarias, uso de fármacos, de material sanitario y de intervenciones quirúrgicas.

2.2.- Eliminar o revisar la financiación pública de tratamientos y prestaciones no esenciales.

Algunas de las prestaciones que se ofertan en la actualidad no son esenciales para la obtención de resultados en salud y por tanto pueden eliminarse o adaptarse, si se efectúa el necesario ejercicio de priorización.

En el capítulo de fármacos son muchos los profesionales que apuestan por eliminar la financiación de aquéllos que no han demostrado su efectividad o tienen una utilidad terapéutica baja, como es el caso de los analgésicos o los fármacos de aplicación tópica, aunque algunos también consideran oportuno hacer lo mismo con los tratamientos oncológicos de última generación (a excepción de los pacientes incluidos en ensayos clínicos multicéntricos), los de esterilidad o los de la osteoporosis, por ejemplo.

Otras prestaciones sanitarias a considerar son, a juicio de los encuestados, la fecundación asistida, la cirugía estética, ciertos casos de cirugía ortopédica (sobre todo en cuanto al tipo de prótesis a implantar), o los abortos a partir del segundo episodio.

No es infrecuente encontrar propuestas para eliminar la gratuidad de ciertas consultas, pruebas complementarias, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, aunque reembolsando el gasto que se haya podido cobrar en función de la renta, y garantizando la gratuidad universal de unas prestaciones básicas, que no llegan a definirse con detalle. Aunque anecdótico, la retirada de la financiación de tiras reactivas de glucemia capilar para diabéticos tipo 2 no insulín-dependientes es mencionada en muchas ocasiones.

Por fin, y en cuanto a las prestaciones no estrictamente asistenciales, el pago de los gastos hosteleros durante la hospitalización o los de transporte a personas no inmovilizadas se plantea que deberían tomarse en consideración.

2.3.- Optimizar los recursos disponibles.

Es habitual encontrar sugerencias encaminadas a optimizar los recursos disponibles a fin de mantener unas prestaciones similares a las actuales, mejorando la eficiencia. Las más recurrentes son:

- Favorecer las inversiones en recursos físicos y aparatajes en los hospitales públicos, en lugar de recurrir a centros diagnósticos y hospitalarios concertados. La pobre calidad de algunas, que luego han de repetirse en el centro hospitalario, sobre todo exploraciones, hacen que el concierto sea un gasto que se pueda eliminar.
- Implantación de redes de servicio (radiología, análisis clínicos, etc.) con el fin de centralizar, racionalizar y someter a un control estricto de calidad y eficiencia el uso de las tecnologías y servicios más costosos. En este sentido, también pueden incluirse las guardias localizadas de FEA, evaluando la conveniencia de que en los tres hospitales de la capital (por citar un ejemplo) sea necesario que en cada uno de ellos haya facultativos de guardia localizada en diferentes especialidades, que podrían estar de guardia para distintos hospitales una vez que se evalúe el número medio de avisos por guardia que reciben.
- Desarrollo de la interconsulta electrónica para ciertas especialidades como dermatología u oftalmología, en especial con el médico de familia.
- Reorganización de la jornada ordinaria extendiéndola a los sábados, en especial quirófanos, consultas, pruebas complementarias, que con la implantación de las 37,5 horas deberían hacerse con regularidad porque se considera que hay personal e infraestructura para ello.
- La jornada extraordinaria debería continuar, pero siempre con el requisito de la evaluación pormenorizada de su actividad y rendimiento.

2.4.- Reorientar los esfuerzos al aspecto preventivo y la atención a crónicos.

Son actuaciones orientadas a la prevención de enfermedades y el autocuidado. Programas preventivos y campañas de educación sanitaria a todos los niveles y colectivos, empezando desde la escuela e implicando activamente a los profesionales, en especial a los de atención primaria. Con los pacientes crónicos o con enfermedades relacionadas con la edad debe mantenerse una consulta menos agresiva, con menos frecuentación y fármacos, y más autorresponsabilidad, adherencia y ejercicio físico.

Pregunta 3.- Medidas dirigidas a adecuar los mecanismos de incorporación y utilización de las tecnologías.

Entre los aspectos con los que caracterizar la evolución de los últimos decenios en el ámbito sanitario puede citarse, sin duda, el de la masiva incorporación de nuevas tecnologías.

En el concepto de tecnología habría que incluir los medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en atención médica, así como los sistemas organizativos con los que esta atención sanitaria se presta.

En los últimos tiempos, se han escuchado críticas frente a los resultados de muchas de esas tecnologías, pues se considera que se relacionan con:

- crecimiento aparentemente no controlable del gasto sanitario;
- variabilidad en los estilos de práctica clínica y en la utilización de recursos sanitarios;
- desconocimiento de los impactos reales en niveles de salud;
- exceso de información científica y no científica;
- influencias externas.

Con este planteamiento, ¿qué sugerencias propondría para evitar los problemas mencionados?

Las respuestas obtenidas de los encuestados podrían agruparse en torno a 4 grandes grupos de medidas:

3.1.- Sistema de evaluación de tecnologías sanitarias.

Parece percibirse una escasa importancia al papel que, hasta ahora, han desarrollado las agencias de evaluación, o el equivalente a sus estructuras locales como serían las comisiones de evaluación de tecnología, lo que es considerado un error, especialmente en los tiempos en que la eficacia y efectividad de las actuaciones y prestaciones sanitarias deben enmarcarse dentro de la máxima eficiencia.

Hay una medida resumen sobre la que existe un gran consenso, y es la conveniencia/necesidad expresada de crear la figura de una Agencia de Evaluación

de Tecnología Sanitaria a nivel del Servicio Murciano de Salud, coordinadas con las estructuras locales, como son las comisiones de evaluación.

Ostentaría la responsabilidad de decidir aquellas tecnologías que habría que incorporar al sistema, de modo que sus informes, conclusiones y recomendaciones fueran vinculantes y no solo consultivos para todos los centros del Servicio Murciano de Salud. Para ello, y dependiendo del tipo de decisión o tecnología a evaluar, debería contar con personal cualificado y técnicos expertos en la materia en cuestión y en metodología de evaluación. Sus informes y recomendaciones, a la hora de incorporar o evaluar las tecnologías, deberían basarse en el análisis de los resultados en salud y en criterios de coste-efectividad de las mismas.

Obviamente, también se plantean exigencias respecto a la absoluta independencia de los estudios de evaluación y, especialmente, respecto a la industria, por lo que invertir en investigación para realizar estudios independientes que evalúen el impacto económico y clínico de las nuevas tecnologías, puede ser una línea bien valorada por los profesionales.

3.2.- Evaluación de la utilización de las tecnologías.

Si bien parece existir un consenso mayoritario sobre la conveniencia de un procedimiento de autorización estandarizado, basado en información científica para el conjunto del sistema, también se plantea otro tipo de valoración sobre los distintos niveles de responsabilidad en relación a la utilización y resultados de la aplicación de dicha tecnología. La utilización inadecuada, innecesaria o, incluso, perjudicial de dicha tecnología, puede situarse en el origen de determinadas afirmaciones de trasladar responsabilidades o incentivos a los servicios y unidades demandantes.

En este sentido, comentarios del tipo de evaluar "*el impacto real de las tecnologías ya incorporadas en términos de utilización, adecuación, eficacia y coste-efectividad*", o adecuar el "*uso de las tecnologías a las situaciones más costo-efectivas*", parecen apoyar la tesis de una relativa ineficiencia e, incluso, ineficacia en la utilización actual de dicha tecnología. También se encuentran afirmaciones contundentes en el sentido de la inexistencia de evaluaciones o planes de evaluación de la tecnología implantada o por implantar, que coexisten con la ausencia de responsabilidades o circuitos establecidos para ello.

Otras medidas planteadas se dirigen a auditar su utilización a nivel de centro y profesional, con retroalimentación de los resultados obtenidos tanto en términos de costes, como de resultados.

Las consecuencias de esta situación parecen generar los comentarios que se dirigen a exigir mayor nivel de responsabilidad y/o pautas establecidas de actuación. Por ello, la creación de guías de práctica clínica y protocolos de utilización e indicación se consideran relevantes, hasta el punto de que algunos consideren de obligado cumplimiento la aplicación de sus recomendaciones, tanto para las nuevas tecnologías, como para las ya existentes. Las modificaciones de los actuales sistemas de incentivos pueden ayudar en esta línea.

También se plantea centralizar la utilización de las nuevas y más caras tecnologías en centros de referencia, lo que puede incrementar la eficiencia y la eficacia de sus resultados, como han demostrado algunos estudios.

3.3.- Gestión clínica y formación de los profesionales.

Si bien la evaluación de la propia tecnología, como la propia evaluación de su utilización, se considera imprescindible, otra línea de trabajo parece ser la de formar e implicar a los profesionales.

La primera línea (formación) puede mejorar la adecuación y limitar su utilización a aquellas situaciones en las que está realmente indicada. En esta línea, también se apunta la responsabilidad en la formación objetiva e independiente de los profesionales sanitarios por parte de la organización, obviando la frecuente derivación a la industria de esta función.

La línea de implicación también es frecuentemente señalada, con diferentes estrategias y diversos grados de exigencia:

- Por un lado, las actividades de información y concienciación de los costes asumidos en el momento de la prescripción, pueden ayudar a incorporar a los profesionales al debate sobre las responsabilidades de la gestión clínica. Aquí, vuelven a reproducirse planteamientos de modificación de los actuales sistemas de incentivos y reconocimiento profesional y económico.
- Por otro lado, los criterios de jerarquización de las tomas de decisión también son planteadas. En este sentido, establecer limitaciones definiendo los perfiles profesionales “autorizados” y controles sobre los mismos, son líneas señaladas.

Aparecen también respuestas sobre la conveniente limitación y accesibilidad del espectro tecnológico disponible. Así, limitar el actual catálogo de fármacos estableciendo la prescripción obligatoria de medicamentos genéricos o de aquéllos que sean más coste-efectivos, es un ejemplo de esta línea.

También se hace referencia a otras líneas, como la conveniencia de mejorar los tiempos de asistencia que pueden evitar la utilización de la tecnología como forma de medicina defensiva, o la necesidad de unificar los sistemas informáticos de primaria y hospitalaria, como modo de evitar peticiones duplicadas y generar eficiencia.

3.4.- Medidas hacia los usuarios del servicio de salud.

La fascinación tecnológica en el paciente producida por los avances en términos de tecnología sanitaria, puede generar un efecto de incremento de su demanda. Se considera conveniente contrarrestar esta imagen con el control de la publicidad que se da de las nuevas tecnologías, moderando las expectativas y consecuencias de su utilización. En este sentido, campañas de concienciación ciudadana acerca de la verdadera utilidad de las nuevas tecnologías y fármacos, así como informar del verdadero valor de la anamnesis, exploración clínica y solicitud de pruebas dirigidas como el mejor, más efectivo y eficiente método de diagnosticar y tratar las enfermedades, pueden generar una mejor valoración de los servicios prestados.

En cualquier caso, y teniendo en cuenta la actual situación económica, la información a los usuarios del coste real de la atención sanitaria y de los medicamentos que utilizan, parece constituir una vía adecuada para moderar las solicitudes de consumo.

Pregunta 4.- Medidas dirigidas a mejorar la coordinación e información entre niveles asistenciales.

El denominado "continuum asistencial" requiere que los diferentes niveles y proveedores de servicios sitúen al paciente/ciudadano como el centro de sus sistemas. Sin embargo, este requisito no siempre presenta un buen nivel de cumplimiento.

No hay, en ocasiones, una clara definición de funciones, dándose duplicidades en pruebas, consultas o tratamientos, que generan incomodidades, consumo de recursos innecesarios e, incluso, actuaciones contrapuestas. La coordinación entre nuestros niveles asistenciales sigue mostrando frecuentes oportunidades de mejora.

Hay muchos movimientos que pretenden resolver parte de los problemas pero, hasta ahora, no se ha diseñado una estrategia ni un plan de ruta para esos cambios necesarios.

Desde su ámbito asistencial ¿Qué propuestas concretas implantaría para mejorar la situación actual?

La concordancia observada entre las respuestas planteadas por los profesionales es muy elevada. De forma agrupada, podemos destacar 3 ideas principales.

4.1.- Mejorar las TIC's en el SMS.

Desde el punto de vista de la inmensa mayoría de los profesionales, la solución más obvia pasa por la Historia Clínica Única, en un solo aplicativo informático para todos los niveles, en todos los centros, que se utilice por todos los profesionales y en todos los contactos del paciente con el sistema, y que tenga al menos las siguientes características:

- que sea ágil e intuitiva,
- que ofrezca la información clínica registrada de forma sencilla,
- que sea accesible para todos los profesionales que deben trabajar con el paciente,
- que estimule y facilite el uso y la interacción entre los profesionales, incorporando avisos y alertas, como las duplicidades en pruebas diagnosticas y/o en resultados recientes.

En este sentido, la opinión sobre la bondad de las aplicaciones actualmente existentes, OMI y especialmente Selene, dista mucho de ser satisfactoria.

Otras sugerencias relacionadas apuntan a la generalización de una tarjeta sanitaria que contenga y/o permita el acceso a la historia clínica de su propietario en cualquier lugar y situación. También se ha propuesto la generalización de los documentos electrónicos, incluyendo la receta o las solicitudes de pruebas e interconsultas.

4.2.- Normalizar las actuaciones diagnóstico-terapéuticas.

Es necesario corresponsabilizar y orientar a los profesionales para una adecuada atención de pacientes con procesos que necesitan seguimiento, sobre todo si éste sucede en varios niveles asistenciales o en diferentes servicios. Para estos procesos es adecuado normalizar las actuaciones diagnóstico-terapéuticas, llámese guías de práctica clínica, vías clínicas, protocolos, mapas de cuidados o gestión por procesos.

Esta normalización debe construirse entre profesionales de AP y AE a fin de optimizar los tiempos y evitar duplicidades y bucles en la atención. El método para hacer todo esto pasa por la formación de grupos de trabajo y el despliegue de su resultado, en especial por los centros de salud, mediante sesiones mixtas que también pueden utilizarse para resolver dudas.

Aunque más anecdóticas, también se han propuesto la utilización de las TIC's para mejorar la coordinación, como las tutorías/consultorías on-line, o la integración informática de guías asistenciales en los procesos más prevalentes.

En varias ocasiones se apunta como necesario incluir objetivos en este sentido, evaluar de forma continua su cumplimiento tanto en el entorno hospitalario como en la atención primaria, y exigir responsabilidades por incumplimiento, incluso con el establecimiento de un régimen sancionador. En este sentido, se han planteado propuestas como las de establecer objetivos de caracter asistencial y de resultados, de responsabilidad compartida entre los diferentes niveles asistenciales.

4.3.- Potenciar la figura del paciente como centro del sistema.

La estructura del sistema no está orientada poniendo al paciente en el centro de las decisiones. Por el contrario, está fuertemente condicionada por la organización interna de los diferentes servicios asistenciales, en detrimento de las necesidades reales de los pacientes. Eliminar los "*reinos de taifas*" tan numerosos y bien

implantados en el sistema y "*establecer una hoja de ruta para los procesos que sea clara, y se cumpla*", es una actividad imprescindible para que cualquier iniciativa que se tome sea efectiva.

Se considera que, quizás, ha llegado la hora de implantar la gestión por procesos, tanto organizativos como asistenciales, y de empezar a pensar en pedir responsabilidades a los responsables sanitarios que no cumplan con su cometido.

Por otra parte, parece claro que el seguimiento de las enfermedades crónicas tenga como referente principal a un solo especialista. El considerado por los respondientes más adecuado para ello es el médico de familia, quizá el más adecuado de todos para considerar al paciente desde un punto de vista global.

La superespecialización conlleva que lo que antes era visto por un solo profesional, ahora lo llevan varios, con sus consiguientes exploraciones complementarias y revisiones. Comentarios observados como "*No es que hayan muchos pacientes: son los mismos dando vueltas en el sistema, y en cada vuelta generan mas gasto, mas exploraciones complementarias, mas pruebas médicas. Todo ello para que luego te digan que lo que tienes es propio de la edad o de la enfermedad crónica que padeces. Es un disparate*", son lo suficientemente gráficos, para expresar el riesgo de una visión segmentada del paciente.

Para hacer esto posible, se considera necesario mejorar la formación de los médicos que trabajan en atención primaria, y evitar la medicina defensiva en forma de sobre utilización de las derivaciones y peticiones de pruebas complementarias. Aunque puntuales, se han planteado propuestas en el sentido de que "*el dinero siga al cliente*" emulando determinadas experiencias como las del Reino Unido dirigidas a potenciar el papel de gestor del paciente del médico de familia libremente elegido, o las de las HMO norteamericanas y, quizás en el mayor ámbito de la contratación, los sistemas del Kaiser Permanente.

También se ha señalado por varios profesionales, el importante papel de la enfermería en atención primaria como garante de la continuidad de los cuidados. La importancia y repercusión de los informes de continuidad de cuidados, o la enfermera gestora de casos, se ponen como ejemplos de futuros y eficientes desarrollos de esta área. Así, implantar la enfermera gestora de casos en ambos niveles asistenciales puede ser un instrumento útil, cuya figura podría, además, responsabilizarse de controlar duplicidades y evitar demoras y prolongaciones de estancias.

Pregunta 5.- Medidas dirigidas a mejorar la gestión del conocimiento y del personal.

Es difícil encontrar organizaciones con una implicación, autonomía y profesionalización tan alta, como en el caso del sector sanitario. Si además se une la característica de que su mayor valor radica en el capital intelectual de sus propios profesionales es fácil entender la importancia de su adecuada gestión.

En este contexto, la necesidad de contar con un personal adecuadamente formado, motivado, implicado e incentivado es la base fundamental para el desarrollo de una gestión con garantía de éxito.

En diversos entornos se ha planteado la conveniencia de revisar el actual modelo de relaciones laborales, con objeto de establecer diferencias y estímulos tanto a la productividad, como a la calidad del trabajo individual y grupal, conjuntamente con una nueva visión de las herramientas para la gestión del conocimiento en la organización.

Para ello, se habla de modificaciones a la situación actual en áreas como las de:

- Desarrollo y carrera profesional
- Formación e Investigación
- Horarios y organización de la jornada laboral
- .....

¿Cuáles serían sus propuestas en relación a los aspectos citados?

Se pueden establecer 5 aspectos generales sobre los que tratan las respuestas a esta pregunta.

5.1.- Carrera profesional.

La mayor parte de los encuestados expresa su opinión sobre la aplicación de la carrera profesional como un "refuerzo positivo", pero hay una amplia mayoría que propone que esté ligada a objetivos asistenciales, docentes o de investigación, y no solo al del tiempo trabajado. Así, comentarios del tipo de "*fuera el chocolate para todos*", o "*son un nuevo complemento de antiguedad*", que no son en absoluto inhabituales, parecen delimitar un nuevo escenario. Estos objetivos podrían estar

establecidos de forma estática o variar en función de los puestos de trabajo. Hay respuestas que, incluso, proponen reacreditación cada cierto número de años de las competencias profesionales para el puesto de trabajo desempeñado. En resumen, se trataría de usar esta herramienta para incentivar al que trabaje más y mejor.

Por el contrario, y de entre las múltiples aportaciones, sólo hay una respuesta que considere que la actual carrera profesional esté bien planteada en la Comunidad Autónoma.

5.2.- Horario laboral.

Otra constante en las respuestas, es la referencia a la flexibilización del horario laboral, con adaptación a las características particulares de cada puesto de trabajo y que permita la conciliación de la vida familiar. Aunque hay propuestas a favor de un mayor control del cumplimiento del horario laboral, son mayoría los que proponen primar el trabajo por objetivos.

En lo que si hay un amplio consenso es en que el actual sistema horario es ampliamente mejorable.

5.3.- Formación e investigación.

Sobre la formación, hay coincidencia en que debe se uno de los pilares fundamentales de nuestra Organización, pero que debe estar enfocada a los conocimientos y habilidades a desempeñar por el profesional en cada puesto de trabajo. Se considera que, en primer lugar, se deberían definir las competencias de cada puesto de trabajo y, en segundo lugar, diseñar la formación necesaria para cada puesto e, incluso, hacer evaluaciones periódicas de los trabajadores para comprobar que se mantienen las competencias necesarias que el puesto requiere.

Se plantean críticas abiertas sobre el modo en que se organiza y financia, con cierta frustración ante la "dejación" de la organización, que debería ser la que fuera la mayor interesada en que sus profesionales mantuvieran una actualización máxima de su nivel de conocimientos. Como ejemplos de esta visión es la vivencia de que "*la formación y la investigación .... se utiliza como castigo cuando estamos en época de crisis*", remarcando con ello la escasa prioridad que supone esta área.

Algunos encuestados diferencian entre formación continuada obligatoria, en áreas de especial importancia y otra de tipo voluntario en aspectos sobre los que cada profesional tenga interés particular. Donde no hay acuerdo es si esta formación

debería ser en horario laboral o no, si bien hay más respuestas que opinan que debieran estar dentro de este.

La investigación también es un aspecto ampliamente tratado. Algunos incluso opinan que "*debería tener la misma categoría que la atención asistencial*" Se insiste además que la investigación debe estar coordinada y debe contar con apoyo económico adecuado. Además, se propone la creación de un repositorio de "*buenas prácticas*" que recoja las iniciativas puestas en marcha en el SMS, que hayan tenido resultados positivos, y que puedan ser de utilidad para otros centros.

Otro aspecto planteado es el de los conflictos de interés con la industria para poder acceder a financiación para cursos y congresos, con propuestas como la de crear bolsas de fonanciación centralizadas en la institución, en vez de negociaciones de carácter personalista.

5.4.- Gestión Clínica.

Otro aspecto que aparece en las respuestas de la mayoría de los encuestados es la gestión clínica, el trabajo por objetivos y la valoración de la productividad y calidad del trabajo realizado. Hay un amplio consenso sobre la necesidad de dar más importancia al producto de la actividad y dotar de herramientas más flexibles de gestión, donde se evalúen tanto las competencias personales como el desempeño de las funciones. Comentarios como "*contratar por competencias y no por puntos en la bolsa de trabajo*" apoyan la idea de la necesidad de una mayor adecuación de los perfiles personales a los propios de los puestos de trabajo específicos.

5.5.- Motivación de los profesionales

Aunque este aspecto podría estar incluido dentro de algunos de los anteriores, son bastantes los encuestados que lo tratan de manera especial. Aunque algunos proponen recuperar la productividad variable, otros reconocen que la motivación del personal es fundamental y no siempre requiere estímulo económico. En lo que hay coincidencia es en que hay cambiar la mentalidad y hacer una nueva política de empresa que implique la motivación como algo esencial y obligatorio, donde todos los trabajadores, incluidos directivos, vean que se reconoce el esfuerzo realizado.

En este sentido, con una mayor motivación del personal sería más fácil el trabajo en equipo y la colaboración en reducir costos, tanto por la gestión de cada trabajador, como por el consumo de recursos y material que realiza.

Pregunta 6.- Medidas para mejorar el rendimiento y la productividad de los profesionales, equipos e infraestructuras sanitarias.

Sanidad, como sector, sólo ganará credibilidad si es capaz de llevar a cabo una gestión económica rigurosa, optimizando el rendimiento y la productividad.

En el ámbito profesional en general, se ha identificado un nivel de productividad o coste por unidad de servicio claramente mejorable, que suele ser el resultado de un modelo organizativo y un marco de relaciones laborales complejo.

En el caso de equipos e infraestructuras, es comentada la necesidad de reducir de forma neta los costes directos de su utilización, evitando la duplicidad de actividades, minimizando la burocracia, desarrollando economías de escala, optimizando la gestión de recursos y procesos, o fortaleciendo la calidad y la eficiencia de forma objetiva.

En este sentido, ¿cuáles serían sus propuestas de mejora en estos campos?

Han sido múltiples las propuestas realizadas por los participantes, en las que han aparecido desde experiencias personales y, por tanto, poco generalizables, hasta propuestas de carácter estratégico o sistémico. En este sentido, se podría realizar una agrupación ordenada temáticamente en el siguiente sentido:

6.1.- Medidas para mejorar la eficiencia del sistema.

Hay una serie de medidas que los encuestados proponen para mejorar la eficiencia del sistema, a nivel central, que incluyen las siguientes:

- En relación a la adquisición y compra de material hay una opinión bastante extendida relacionada con la necesidad de implantar economías de escala. Para ello, se formulan abundantes sugerencias sobre la centralización de los concursos y políticas de adquisición de productos.
- Otra de las medidas que cuentan con una frecuente referencia entre los encuestados es la conveniencia de concentrar determinados servicios/prestaciones/aparataje/recursos o, incluso, compartirlos entre varios centros. Como justificación se plantea la mejora de la calidad, el menor coste e, incluso, la innecesariedad de unos recursos escasa o claramente infrautilizados en determinados niveles asistenciales. Por citar alguno de los ejemplos

planteados, se hace referencia a la productividad de equipos electromédicos relacionados con el balón de contrapulsación, o la rentabilidad de las urgencias de determinadas especialidades hospitalarias.

- La calidad de los servicios concertados también suscita críticas y alguna recomendación que provienen del hecho de que, en muchas ocasiones, hay que repetir las pruebas o actuaciones hechas en éstos al considerarse de insuficiente calidad.
- La adecuación de las plantillas de los Servicios médicos y Unidades de enfermería a las necesidades reales es otro de los temas abordados. Se considera que los hay sobredimensionados (muchos) y con deficiencias de personal (pocos). Adicionalmente, la propia organización interna presenta oportunidades de mejora, como las propuestas formuladas de turnos rotatorios o deslizados para los facultativos que pueden incrementar la eficiencia de algunos Servicios (Urgencias, UCI, Servicios centrales, etc.) para disminuir el número de horas de guardia.
- Si en otros apartados ha surgido el tema de las "facturas sombra" para los pacientes, en éste toma mucha fuerza el extender esta práctica hacia los profesionales. Es bastante frecuente la referencia al hecho de que debe ser conocido por todos los profesionales el coste que generan con sus actuaciones y recomendaciones. Incluso, se plantea que los profesionales conozcan los costes del material (por ejemplo, en quirófano poner el listado de precios al lado del material fungible, como forma de reducir la apertura previa de materiales de un solo uso, y como forma de concienciar sobre las decisiones).

6.2.- Incentivos y Productividad.

Hay un punto que goza de una elevada coincidencia en las referencias formuladas, y es el hecho de publicar los resultados de los servicios y unidades que permita la comparación entre ellos y la detección de ineficiencias.

El continuum de definir adecuadamente las funciones del puesto, los procesos y actividades que debe desarrollar, el modo de desarrollarlas a través de la adecuación de su práctica a los protocolos y procedimientos corporativos, el permitir evaluar su rendimiento y el nivel de cumplimiento de los objetivos, son comentarios abundantes y poco relacionados con una cultura de defensa corporativa. En este sentido, aparece una concepción ligada al fin del denominado

"café para todos", donde la vinculación de los incentivos a la productividad medida, sea una realidad a corto plazo.

Comentarios como "*no podemos repartir una productividad en partes iguales entre los profesionales*", o "*no existen premios para los que trabajan bien y con racionalidad, ni castigos para los que no lo hacen*", o "*el que más trabaja y utiliza mejor los recursos debe cobrar más que el que se dedica a hacer siempre lo mismo*", parecen implicar una crítica, así como un cambio cultural frente a lo que ha sido el modo de funcionamiento habitual y/o de carrera profesional.

Las medidas de incentivación no se limitan a las estrictamente económicas. Así, los "*días libres ligados a productividad o a consecución de objetivos fijados*", o la "*asistencia a Congresos*", son alguna de las propuestas planteadas.

También se encuentran referencias explícitas a las necesidades de mejorar los sistemas de control del absentismo y cumplimiento de los horarios.

6.3.- Unidades de gestión clínica

Un buen número de los profesionales encuestados están convencidos de que la solución pasa por la creación de las Unidades de Gestión Clínica (UGC). Para ello se considera necesario introducir una serie de cambios que influyan en la cultura de la organización, como la productividad variable real y el rendimiento del trabajo ya mencionados para, posteriormente, implantar un sistema de gestión clínica que incluya, al menos, los siguientes aspectos:

- Un presupuesto cerrado que debe gestionar la UGC para toda su actividad.
- Una auditoria que revise los resultados y la adecuada atención a los pacientes.
- Responsables de la UGC que deben rendir cuentas sobre la eficacia y eficiencia del funcionamiento de sus Unidades.
- Sistema de incentivos ligado al cumplimiento de objetivos.
- Gestión por procesos que elimine lo que no aporte valor añadido, y tecnología sometida a rigurosos controles de rendimiento y adecuación.

6.4.- Liderazgo efectivo

Para que la organización mejore sus resultados es necesario profesionalizar los gestores, los gerentes y los mandos intermedios dedicados a la gestión. En este sentido se proponen medidas que incluyen: Profesionalizar la gestión de los centros

sanitarios, eligiendo para ello a personas cualificadas; cambiar el sistema de liderazgo dentro de los centros sanitarios y sustituir las estructuras rígidas por otras en las que los líderes sean sometidos a valoración periódica real y, finalmente, formación en gestión de los profesionales que lideren equipos.

Pregunta 7.- Medidas dirigidas a mejorar la gestión de centros, unidades y servicios.

El actual sistema de gestión sanitaria de los centros, servicios y unidades es obsoleto y debería modificarse para lograr una mayor implicación de los profesionales frente a la utilización de los recursos y los resultados en salud de la población bajo su cobertura.

El cambio en la tipología de paciente (de agudo a crónico), las demandas de una mayor autonomía de gestión clínica, la protocolización y estandarización de actividades y resultados, la búsqueda de sinergias y centralización de productos o servicios, ..., son elementos a los que hay que dar respuesta a corto plazo.

En su experiencia, ¿qué cambios cree necesario introducir para mejorar la gestión de los centros, unidades y servicios?

Las respuestas obtenidas pueden agruparse en torno a los siguientes grandes apartados:

7.1.- Autonomía de gestión.

Una aportación muy generalizada es la necesidad de dotar de autonomía de gestión a los servicios hospitalarios y a los equipos de atención primaria mediante la implantación de modelos de gestión clínica, que suponga la asunción de responsabilidades por parte de los profesionales, pero también de riesgos determinados por el cumplimiento, o no, de los objetivos pactados, con sistemas de incentivación objetivos, medibles y transparentes.

La autonomía de gestión debe implicar la asignación de recursos humanos, materiales y tecnológicos, pero también debe abarcar los aspectos de formación e investigación.

La dirección de las unidades de gestión clínica tiene que estar alineada con las estrategias de la organización y debe contar con unos objetivos claramente definidos, conocidos y compartidos por todos los profesionales.

El director de estas unidades debe tener autoridad sobre todas las integrantes de las mismas, independientemente de la categoría profesional. Algunas aportaciones anecdóticas parecen no compartír necesariamente esta opinión.

Los sistemas de información deben ser efectivos y ágiles para permitir la evaluación, mejora e innovación, y la comunicación transparente de resultados.

7.2.- Estrategias de centralización.

La autonomía de los centros y de los servicios y equipos de atención primaria se debe compatibilizar con estrategias de centralización en aquellos ámbitos que sea factible, o recomendable, por razones de economía de escala o de eficiencia. Se pueden centralizar procedimientos de alto costo creando unidades regionales de referencia.

En el ámbito de las compras de bienes y servicios, centralizar determinados procedimientos podría suponer una importante contención de costes. La puesta en marcha de centrales de compras debe asegurar la fluidez, la transparencia y la agilidad en la adquisición y distribución de los productos. En algunos casos podría ser muy rentable económicamente establecer procedimientos de adquisición centralizada a nivel nacional para todo el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Es necesario plantearse la necesidad o no de mantener alquileres, como sede física de servicios centrales o de bases de emergencias.

Aunque muy anecdótica, también se ha planteado alguna opinión en la línea de reducir las competencias en materia de sanidad de las distintas comunidades autónomas, con objeto de "conseguir un sistema más equilibrado y justo".

7.3.- Cambios en el modelo organizativo.

El modelo organizativo jerárquico-estatutario se considera obsoleto, y se señala que la creación de estructuras más aplanadas y cercanas ayudaría a implicar y comprometer más a los profesionales.

La estructura divisional debe sustituirse por un modelo más próximo a la organización por procesos, incorporando incentivos profesionales y económicos ligados al cumplimiento de objetivos. Algunas opiniones también señalan que el modelo de organización actual de nuestros hospitales, basado en áreas de conocimiento (especialidades médicas) debe ser sustituido por un modelo basado en procesos y en necesidad de cuidados.

En cualquier caso, se considera que debe evitarse la multiplicidad de unidades por patologías y compatibilizar la necesidad de la máxima especialización, con la atención integral al paciente.

7.4.- Cambios en el modelo asistencial.

Se señala como una necesidad potenciar la Atención Primaria como puerta de entrada al sistema, implantando nuevos roles profesionales como las enfermeras de práctica clínica avanzada y la gestión de casos, que faciliten el fomento de la educación para la salud, así como la promoción y la prevención, haciendo al paciente más autónomo para su autocuidado. Es fundamental implicar a los propios ciudadanos en el proceso asistencial, haciéndoles partícipes de la toma de decisiones, así como conocedores del consumo de recursos que supone la atención recibida.

Se considera que el sistema sanitario debe ser ágil y flexible, con objeto de poder adaptarse a las necesidades reales de la población a la que se dirige, frente a determinadas percepciones recogidas sobre las actuales tomas de decisión, basadas en planteamientos y posicionamientos políticos de naturaleza cortoplacistas.

Se debe potenciar la hospitalización domiciliaria, las consultas de alta resolución, las consultas programadas, los programas de educación para la salud, etc, así como plantear reorientar a la patología crónica gran parte de los esfuerzos, asegurando de este modo una verdadera continuidad de cuidados.

Dirección y unos objetivos comunes, con orientación total al paciente. Este planteamiento se considera que no es posible con el modelo actual, donde los médicos, enfermeros y administrativos, actúan en paralelo y de forma independiente.

También existen propuestas de carácter organizativo con claras repercusiones económicas, como el dotar a los centros de salud de la capacidad de dispensar determinados medicamentos de uno común, como analgésicos y antibióticos, con lo que se ahorraría en gasto farmacéutico.

Finalmente, se considera absolutamente imprescindible implantar lo antes posible la historia informatizada única y accesible desde todos los ámbitos de la asistencia.

7.5.- Necesidad de estandarizar los procesos.

Muchas opiniones han apuntado la necesidad de estandarizar los procesos con base en la evidencia científica. Se deben diseñar procesos, protocolos, vías clínicas y planes de cuidados, que deben ser comunes a todos los centros de nuestro sistema regional de salud. Se trataría, por tanto, de herramientas que ayudarían a

disminuir la variabilidad en la práctica clínica, normalizando la asistencia y permitiendo mejor la comparabilidad en términos de indicadores y resultados.

Para ello hay bastantes coincidencias en la conveniencia de crear una comisión de expertos a nivel regional que validen los procesos, vías clínicas, protocolos y planes de cuidados y que fijen unos estándares que permita la evaluación transparente de los centros y las unidades de gestión clínica.

7.6.- Necesidad de incorporar cambios en el perfil de liderazgo.

Hay un importante consenso en la necesidad de profesionalizar la gestión, huyendo de la politización y la excesiva rotación de los gestores. Es exigible una alta cualificación y un desempeño evaluable en base a resultados, así como un fuerte compromiso con la organización. Sólo de esta manera se considera que se consigue la credibilidad entre los profesionales sanitarios.

Los responsables de las unidades clínicas se deben someter a evaluación periódica en base a los logros, los méritos y la formación e investigación. Sólo a través de la participación, la comunicación y la transparencia se puede lograr la implicación de todos los profesionales.

En atención primaria se debe reforzar la figura del coordinador, dotándolo de un rango similar al de jefe de servicio hospitalario.

Sí se percibe también una opinión, que sintetiza adecuadamente el sentir general de los profesionales sanitarios de nuestra región: “sobran jefes y faltan líderes”.

Pregunta 8.- Medidas dirigidas a fomentar el buen gobierno de las organizaciones sanitarias.

El buen gobierno debe procurar que el proceso de toma de decisiones y su implementación responda a un conjunto de reglas como son la participación democrática, la transparencia, la rendición de cuentas o el respeto a las leyes.

El objetivo de este apartado es identificar en nuestras organizaciones sanitarias modelos de acción más comprometidos, que promuevan mejores prácticas de dirección y gestión y que, además, se conviertan en instrumentos para reforzar la mutua confianza entre los profesionales sanitarios y el personal directivo, relacionados con:

- la transparencia y eficacia en la gestión
- los objetivos y planes de acción
- la imparcialidad
- y la orientación y mayor aproximación a los pacientes/ciudadanos.

En este sentido, ¿qué medidas relacionadas con ello cree oportuno poner en marcha?

El buen gobierno es la mejor manera en que la entidad es dirigida, mejorando su funcionamiento interna y externamente, en la búsqueda de eficiencia, integridad y transparencia, para responder adecuadamente a sus grupos de interés, asegurando un comportamiento integral.

8.1.- Transparencia y comunicación.

Analizando las respuestas de los profesionales hay un acuerdo unánime sobre que los modelos decisionales son opacos a la organización. Toda decisión se debe poder explicar de manera transparente. Este es el mejor ejercicio para conseguir credibilidad, confianza y la implicación de las personas.

Para ello, se considera que deben hacerse públicos los indicadores de productividad y rendimiento, así como la asignación presupuestaria y la evolución de gasto de todos los centros, servicios y equipos. Se percibe la necesidad, por tanto, de establecer sistemas de rendición de cuentas a todos los niveles: hacia la autoridad sanitaria, hacia los profesionales y hacia los ciudadanos. Estos sistemas deben

completarse con evaluaciones externas, mediante auditores acreditados, así como la publicación de los resultados.

La comunicación fluida vertical y horizontal es señalada como el pilar básico para desplegar los objetivos, los recursos disponibles y las fortalezas y debilidades de la organización para poder alcanzarlos. Es necesario diseñar e implementar planes de comunicación interna en todas las áreas de salud, con especial énfasis en la comunicación horizontal, considerada frecuentemente olvidada, que permita compartir entre áreas, servicios y equipos, conocimiento y mejores prácticas, así como procedimientos de comparación de resultados con vistas a mejorar. Se trata, por tanto, de aprender de los mejores.

La accesibilidad de los profesionales a sus directivos se considera un elemento clave. Los directivos tienen que realizar una ejercicio de escucha activa, con decidida voluntad de atender sugerencias y críticas.

La autogestión debe ser transparente y controlada por parte de la administración, pero sin excesivas interferencias, excepto en casos de evidente mala gestión.

8.2.- Participación de los profesionales.

Hay una opinión muy generalizada en relación con la participación de los profesionales en la toma de decisiones de índole organizacional. Deben mejorarse las herramientas de participación, como las comisiones clínicas, que tendrían que asumir un papel protagonista que supere algo más el meramente consultivo.

Los objetivos deben ser claros, sencillos, entendibles, consensuados, evaluables y motivadores. Todos los profesionales deben conocerlos, y no sólo los directivos y los mandos intermedios.

Todos los trabajadores tienen que tener clara la misión, visión y valores de la organización y hay que conseguir la implicación de todos, a través de un liderazgo participativo.

Una aportación, aunque anecdótica pero interesante, es la propuesta relativa a la creación de foros de participación y asesoramiento, con objeto de aprovechar el expertise de los profesionales jubilados, algo así como un consejo de sabios.

8.3.- Profesionalización.

También se deduce un importante consenso entre las opiniones emitidas sobre la necesidad de seleccionar a los directivos bajo criterios de conocimientos,

habilidades y experiencias, y no por criterios exclusiva o principalmente políticos. Podrían utilizarse modelos de selección más cercanos al de la psicología industrial y al de los utilizados por las empresas.

Los directivos deben tener un trato rápido, abierto y directo con sus trabajadores y deben ser imparciales, huyendo de conflictos de intereses ligados a su procedencia profesional.

La transparencia y la rendición de cuentas de los gestores, y la evaluación de sus resultados y de su desempeño por el personal a su cargo, se consideran más necesarias que nunca.

La necesidad de formar en herramientas de gestión a todos los mandos intermedios es considerada imprescindible, así como la conveniencia de desplegarla a todos los profesionales de base.

Aunque con muy escasa frecuencia, también aparece alguna aportación en la línea de seguir reduciendo el número de cargos directivos a todos los niveles.

8.4.- Papel del ciudadano

La necesidad de fomentar la participación de los ciudadanos y la toma de decisiones sobre el sistema sanitario es una aportación que ha pesado bastante.

La participación deliberativa en el diseño de nuestros procesos, contar con los ciudadanos en los órganos de gestión y participación de manera reglada, creando foros en todas las áreas de salud donde puedan tener cabida sus organizaciones y representantes, fomentar su implicación en actividades de formación, prevención, o educación sanitaria es un recorrido que hay que abordar.

Como sistema, se considera que hay que responder con la mayor calidad, efectividad, eficiencia y equidad a las necesidades, demandas y preferencias de todos los ciudadanos en general, y de los pacientes en particular.

También se valora como necesario desplegar convenientemente los derechos de los usuarios, pero estableciendo también de una forma clara y responsable las obligaciones de los mismos, así como establecer sistemas de libre elección de hospital, servicio y profesional, con las repercusiones organizativas y de gestión que ello conlleva.

8.5.- Orientación de la organización.

Los valores de nuestra organización deben contener conceptos de eficiencia, efectividad, equidad, transparencia, accesibilidad, respeto al medio ambiente, y fomento del conocimiento y deben orientar de manera transversal los modelos de gestión. Estos valores deben quedar explicitados y garantizados en los objetivos y estrategias del SMS. Se deben plasmar en una buena planificación basada en el análisis crítico profundo del sistema con la participación de los profesionales y los ciudadanos.

Un punto de vista observado es la referencia a que los planes estratégicos deben tener continuidad y no verse interrumpidos y olvidados frecuentemente. Se considera necesario priorizar actuaciones en base a criterios objetivos de oportunidad y de necesidad.

La búsqueda de resultados, el uso de sistemas de información sencillos y adecuados a los objetivos, y la utilización masiva de herramientas de control estratégico del tipo *balanced scorecard,* permitirían mejorar la transparencia del sistema de salud.

Recomendaciones

A continuación se presentan, a modo de resumen ejecutivo, las recomendaciones formuladas por el Equipo Director del Proyecto, en base al consenso establecido sobre las medidas en las que se ha observado una mayor concordancia en las respuestas de los profesionales participantes.

Como es obvio, la identificación y selección de estas recomendaciones se realizan al margen de las opiniones personales de los integrantes del Equipo Director y, por supuesto, no supone necesariamente la adhesión a las mismas.

El Equipo Director es consciente de que una parte de los profesionales participantes pueden, asimismo, no sentirse identificados con algunas o con la totalidad de dichas recomendaciones. Sin embargo, la imprescindible capacidad de síntesis que se ha querido dar a este apartado del Informe Calysos, implica la inevitable pérdida de la riqueza de matices y puntos de vista que presenta un estudio cualitativo como el Proyecto Calysos. Para aquéllos que quieran obtener una imagen más fiel de la respuesta obtenida, deberán leer el apartado correspondiente a cada pregunta.

A continuación se proponen las siguientes recomendaciones, cuya ordenación no implica priorización:

1. **Desarrollar políticas dirigidas a la adecuada utilización de los recursos sanitarios.-** La percepción de una sobreutilización puede requerir adoptar medidas que generen conciencia, tanto en los ciudadanos como en los profesionales sanitarios, de la necesidad de hacer sostenible un servicio interiorizado como una piedra básica de nuestro estado del bienestar.

2. **Generar mecanismos de corresponsabilidad en la promoción y mantenimiento de la salud.-** El cambio en los patrones de enfermedad, unido a la necesidad de una mayor implicación del paciente en su autocuidado, requiere de nuevos roles y protagonismos en el entorno sanitario.

3. **Revisar la adecuación territorial del actual catálogo de prestaciones sanitarias.-** Se considera conveniente el establecimiento de una cartera de servicios explícita para cada nivel asistencial y área geográfica, que permita optimizar recursos y servicios en base a criterios de rentabilidad clínica, exclusivamente.

4. **Centralizar servicios y potenciar la utilización de las economías de escala.**- Son múltiples y variadas los ejemplos y propuestas planteadas por los participantes dirigidos a mejorar aspectos especialmente ineficientes e, incluso, ineficaces.

5. **Utilizar la evidencia disponible como criterio básico para evaluar prestaciones actuales y futuras.-** En un entorno científico como el sanitario es fundamental revisar las carteras de servicios con el objetivo de mantener las prestaciones que disponen de evidencia en resultados de salud, eliminar el resto y establecer los mecanismos ineludibles para garantizar la conveniencia de la inclusión de otras nuevas.

6. **Compatibilizar las TIC's en torno a la Historia Clínica Única.-** El necesario acceso por parte del personal sanitario a la historia clínica de un paciente debe superar las actuales barreras de incompatibilidad/inadecuación de los aplicativos actualmente existentes que provoca ineficiencia, consumo de recursos e, incluso, puede poner en riesgo la seguridad del paciente.

7. **Generalizar la normalización de la actuación sanitaria.-** La variabilidad observada plantea revisar las actuales pautas de actuación en torno a la gestión de procesos asistenciales, incorporando vías clínicas y protocolos de actuación, y utilizando las herramientas informáticas como soporte y guía en la toma de decisiones.

8. **Informar y responsabilizar a los profesionales de sus niveles de calidad y productividad.-** La retroalimentación y publicación de los resultados conseguidos y objetivos alcanzados por los diferentes Servicios y Profesionales, es considerada un área básica de desarrollo para permitir una mayor implicación, estímulo y reconocimiento.

9. **Modificar los actuales sistemas de incentivos a los profesionales sanitarios.-** Los actuales sistemas se consideran inadecuados e, incluso, injustos, para garantizar el adecuado reconocimiento al trabajo eficiente, motivado y productivo, aspecto que se extiende a la actual formulación de la carrera profesional.

10. **Establecer la formación del profesional y la gestión del conocimiento como estrategia de futuro.**- A la crítica habitual sobre la escasa consideración de dicha estrategia dentro de la organización, y de una relativa

dejación de la responsabilidad de su desarrollo e impulso en organizaciones ajenas a la propia organización, se une la opinión de que su enfoque debe estar más centrado en los conocimientos y habilidades a desempeñar por el profesional en cada puesto de trabajo. Por todo ello, los cambios en dicha concepción se consideran imprescindibles.

11. **Reorientar la distribución departamental de las organizaciones en torno a los procesos del paciente.-** Mucho se ha hablado sobre situar al paciente como eje del sistema. Sin embargo, tanto en atención primaria, como en atención hospitalaria se considera muy habitual que las actuaciones giren mayoritariamente sobre las estructuras actualmente existentes, independientemente de su conveniencia o de las necesidades reales de los pacientes.

12. **Implantar nuevos modelos de gestión.-** Dotar de autonomía de gestión a los servicios hospitalarios y a los equipos de atención primaria, mediante la implantación de modelos de gestión clínica, puede permitir mejorar la asunción de responsabilidades por parte de los profesionales, en relación al cumplimiento de los objetivos pactados, con sistemas de incentivación y reconocimiento transparentes.

13. **Profesionalizar la gestión.-** La politización y la excesiva rotación de los gestores se considera inadecuada. Es exigible una alta cualificación y un desempeño evaluable en base a resultados, así como un fuerte compromiso con la organización. Sólo de esta manera se considera que puede conseguirse credibilidad.

14. **Potenciar la transparencia y la participación profesional.-** Deben mejorarse las herramientas de participación profesional, como las comisiones clínicas, que tendrían que asumir un papel algo más que meramente consultivo. Asímismo, deben hacerse públicos los indicadores de productividad y rendimiento, así como la asignación presupuestaria y la evolución de gasto de todos los centros, servicios y equipos, como modo de garantizar la total transparencia de una gestión pública.

Bibliografía

(1) Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.

(2) Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, et al. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Barcelona: Antares Consulting; 2010.

(3) Beltrán A, Forn R, Garicano L, et al. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Madrid: McKinsey&Company y FEDEA; 2009.

(4) Diez temas candentes de la Sanidad española para 2012. Dos agendas simultáneas: recortes y reformas. Disponible en: www.pwc.es

(5) S. Peiró et al / Gac Sanit. 2011;25(2):95–105

(6) Asociación Española de Economía de la Salud. La Sanidad Pública ante la crisis. 2011 [Consultado el 8/11/2011.] Disponible en:http://www.aes.es/actualidad.php

(7) Ortún-Rubio et al. El establecimiento de prioridades. Aten Primaria 2001; 27: 673-676.

(8) Del llano, J. et al. ¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español. Ergón, Madrid 2004. Disponible en: www.fgcasal.org

(9) J. Repullo et al. Salud pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. Rev Esp Salud Pública 2006; 80: 475-482.

(10) Oriol de Solá. El problema es el coste de oportunidad de las nuevas tecnologías. Planificación y Análisis de la Eficiencia. 21 de enero de 2009. Disponible en: http://proyectonets.org/index.php?option=com_content&view=article&id=138:planificacion-y-analisis-de-la-eficiencia&catid=3:tecnologia-y-eficiencia&itemid=57

(11) López, G. El futuro del sistema sanitario: ¿anclar el gasto o mejorar su financiación?. Gestión Clínica y Sanitaria, 2011; 13(1).

(12) Alvarez, J. et al. La futura sostenibilidad del sistema sanitario, lejos de ser una garantía. Rev Ast Economía. vol 5, nº 2.

(13) Ortún Rubio, Vicente. La atención primaria, clave de la eficiencia del sistema sanitario. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. Disponible en: http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper27.pdf

(14) Moreno, E. Cambios demográficos y sostenibilidad del sistema sanitario público español. Rev Ast Economía. vol 7, nº 3.

(15) Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Carta sobre Medidas. [Consultado el 8/11/2011.] Disponible en http://www.cgcom.es/sites/default/files/Papel%20cartas%20Pte.pdf

(16) Propostes per a la sostenibilitat i millora del Sistema Sanitari públic. Colegi Oficial de Metges de Barcelona. Noviembre, 2011. Disponible en: http://forumprofessiomedica.comb.cat

(17) Palacios Sánchez, M.A. Sostenibilidad, objetivo de todos. Gest y Eval Cost Sanit 2012;13(1):161-3.

(18) Diario Médico. [Consultado el 8/11/2011.] Disponible en http://www.diariomedico.com/2011/10/21/area-profesional/sanidad/a-sanidad-y-investigacion-ni-tocarlas

(19) De Rosa Torner, A. El sistema sanitario español, ¿qué reformas son necesarias?. Gest y Eval Cost Sanit 2012;13(1):99-101.

(20) Farjas Abadia, M.P. Reforma del sistema nacional de salud. Gest y Eval Cost Sanit. 2012;13(1):103-7.

(21) Mendoza Betancor, B. Revisar las estrategias con criterios de evidencia y eficiencia. Gest y Eval Cost Sanit 2012;13(1):147-8.

(22) Montero Cuadrado, M.J. Sostenibilidad, calidad sanitaria, transparencia, y rendición de cuentas. Una aportación desde Andalucía. Gest y Eval Cost Sanit 2012;13(1):149-52.

(23) Navia-Osorio, J.M. Reorganizar el Sistema Nacional de Salud. Gest y Eval Cost Sanit 2012;13(1):157-9.

(24) Riesgo González, I. ¿Solo "reorganizar" el sistema?. Gest y Eval Cost Sanit 2012;13(1):181-3.

(25) Fernández, P. Por un SNS de calidad, centrado en el paciente, eficiente y sostenible. Gest y Eval Cost Sanit 2012;13(1):165-9.

(26) Diario Médico. [Consultado el 8/11/2011.] Disponible en http://www.diariomedico.com/2011/10/28/area-profesional/sanidad/que-dirijan-la-sanidad-los-que-saben-hacerlo

(27) Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: propuestas desde la Medicina de Familia. Semfyc. Barcelona, 2009.

(28) Diario Médico. [Consultado el 8/11/2011.] Disponible en http://www.diariomedico.com/2011/11/04/area-profesional/sanidad/minimo-estatal-para-maximos-autonomicos

(29) Marie Mokate, K. Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir?. Departamento de integración y programas regionales. Instituto interamericano para el desarrollo social. Banco interamericano de desarrollo. Series documentos de trabajo i-24. Washington, D.C. Julio, 2001.

(30) Un sistema sanitario sostenible. Ed. Círculo de Empresarios. Madrid, 2006.

(31) Estrategias para el desarrollo sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.

(32) Informe 01|2010 desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el Sistema Sanitario. Consejo Económico y Social. Madrid.

(33) OCDE. Base de datos sobre la salud 2011.

(34) Sostenibilidad. ¿cómo se gestiona?. Punto de encuentro. Gestión y evaluación de costes sanitarios. Vol. 12, nº 3, 2011.

(35) La perspectiva autonómica. Gest y Eval Cost Sanit 2012;13(1)

(36) Diario Médico. [Consultado el 11/11/2011.] Disponible en http://www.diariomedico.com/2011/11/11/area-profesional/sanidad/es-hora-de-aprender-a-rendir-cuentas

(37) Reorganizar el sistema: por un Sistema Nacional de Salud de calidad, centrado en el paciente, eficiente y sostenible. Gest y Eval Cost Sanit 2012;13(1).

(38) El liderazgo de los profesionales. Gest y Eval Cost Sanit 2012;13(1)

(39) Satse. [Consultado el 8/11/2011.] Disponible en: http://murcia.satse.es/comunicacion/noticias/satse-se-reune-con-el-presidente-de-la-comunidad-autonoma-de-murcia

(40) Avanzar hacia la sostenibilidad. Propuestas para su viabilidad presente y futura del Sistema Nacional de Salud. Federación de Sanidad y sectores sociosanitarios de Comisiones Obreras. Madrid, 2011.

(41) La sostenibilidad del sistema sanitario público. 12 propuestas para garantizarla. Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública. Enero, 2011.

(42) Fòrum de la Professió Mèdica. Propostes per a la Sostenibilitat i Millora del Sistema Sanitari Públic. http://forumprofessiomedica.comb.cat

(43) Diario La Verdad de Murcia. 40 recetas para salvar la Sanidad. Publicado en edición impresa el 26/02/2012 páginas 1 y 3 a 6.

(44) Costas Lombardía, Enrique. Asistencia sin fin a precio cero. El País. 17 de Noviembre de 2009. Sociedad. Disponible en: http://elpais.com/diario/2009/11/17/sociedad/1258412402_850215.html

(45) Sahuquillo, María R. La Sanidad así no es sostenible. El País. 17 de Noviembre de 2009. Disponible en: http://elpais.com/diario/2009/11/17/sociedad/1258412401_850215.html

(46) Pérez, Claudi. La sostenibilidad de las cuentas públicas. El estado de bienestar va rumbo a la uvi. El País. Sociedad. 11 de Abril de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/04/11/sociedad/1270936801_850215.html

(47) Insostenible Indecisión. El País. Editorial. 11 de Abril de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/04/11/opinion/1270936802_850215.html

(48) Radiografía del sistema sanitario español [video]. El País. 11 de Abril de 2010. Disponible en: http://www.elpais.com/videos/sociedad/Radiografia/sistema/sanitario/espanol/elpvidsoc/20100411elpepusoc_1/Ves/

(49) Abellán, Lucía y Sahuquillo, María R. La sostenibilidad del estado de bienestar. Las costuras de la sanidad revientan. El País. Sanidad. 12 de Abril de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/04/12/sociedad/1271023201_850215.html

(50) Diagnóstico del sistema sanitario español [video]. El País. 12 de Abril de 2010. Disponible en: http://www.elpais.com/videos/sociedad/Diagnostico/sistema/sanitario/espanol/elpvidsoc/20100412elpepusoc_2/Ves/

(51) Sahuquillo, María R. La sostenibilidad del estado de bienestar. El gasto farmacéutico. La llave está en los médicos. El País. Economía. 13 de Abril de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/04/13/economia/1271109608_850215.html

(52) Tratamiento para un sistema de salud sostenible [video]. El País. 13 de Abril de 2010. Disponible en: http://www.elpais.com/videos/sociedad/Tratamiento/sistema/salud/sostenible/elpepusoc/20100414elpepusoc_1/Ves/

(53) Geli, Marina. La sostenibilidad del estado de bienestar. Cómo mantener la calidad y la equidad. El País. Tribuna. 14 de Abril de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/04/14/economia/1271196007_850215.html

(54) Sahuquillo, María R. La sostenibilidad del estado de bienestar. Las prestaciones. La relación entre coste y efectividad marcará los nuevos servicios sanitarios. El País. Economía. 15 de Abril de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/04/15/economia/1271282407_850215.html

(55) Sahuquillo, María R. La sostenibilidad del estado de bienestar. El copago. El pago simbólico por visita médica no convence a políticos ni a expertos. El País. Sanidad. 16 de Abril de 2010. Disponible en: http://www.elpais.com/economia/sostenibilidad-del-estado-de-bienestar/sanidad/

(56) Cervera, Manuel. La sostenibilidad está en peligro. El País. Sociedad. 16 de Abril de 2010. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2010/04/16/actualidad/1271368802_850215.html

(57) Sahuquillo, María R. La sostenibilidad del estado de bienestar. E-health. La receta electrónica reduce un 30% las visitas a los centros de salud. El País. Economía. 17 de Abril de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/04/17/economia/1271455209_850215.html

(58) Gómez Gascón, Tomás. Atención primaria y gasto sanitario. El País. Opinión. 25 de Abril de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/04/25/opinion/1272146409_850215.html

(59) Morán, Carmen. La sostenibilidad del estado de bienestar. La coordinación sociosanitaria. Ideas para ahorrar 1.500 millones. El País. Economía. 4 de Mayo de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/05/04/economia/1272924008_850215.html

(60) Los consejeros del País vasco y de Navarra analizan el documento de Economía de la Salud sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. Acta Sanitaria. 25 de Enero de 2012. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/noticias/actualidad/imprimir-economistas-de-la-salud-proponen-redisenar-el-copago-farmaceutico-en-favor-de-los-mas-debiles-y-mas-enfermos.html

(61) Sahuquillo, María R. Los españoles van menos al médico. El País. Sociedad. 24 de Octubre de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2011/10/24/sociedad/1319407203_850215.html

(62) Consejo Interterritorial del SNS. Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. 18 de marzo de 2010.

Anexo 1.- Carta Difusión

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

SOCIEDAD MURCIANA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

Servicio Murciano de Salud

Estimado/a Compañero/a:

El motivo de la presente es solicitar tu participación en el **Proyecto CALYSOS**.

La Consejería de Sanidad y Política Social y el Servicio Murciano de Salud, están actualmente **redefiniendo la estrategia** de nuestra organización sanitaria a medio plazo, de manera que se pueda trasladar a los profesionales que la integran un mensaje claro de hacia dónde vamos, qué queremos y cómo lo vamos a conseguir.

CALYSOS es un estudio **independiente** diseñado y dirigido por la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA), **por encargo** de la Consejería de Sanidad y Política Social y el Servicio Murciano de Salud en el marco de lo expuesto en el párrafo anterior, con objeto de identificar y priorizar las medidas propuestas por los Profesionales Sanitarios para **mejorar la calidad y sostenibilidad** de nuestro sistema sanitario regional.

Se trata de propiciar un **cauce directo**, a través del cual los profesionales sanitarios puedan hacer llegar sus propuestas y recomendaciones de mejora e innovación a todos los niveles, generando una reflexión en profundidad sobre las necesidades y posibilidades de cambio en nuestro sistema sanitario.

Este estudio **no es incompatible** con los trabajos que se desarrollan en el marco de la definición estratégica aludida, ni tampoco con los realizados en algunos casos en vuestros ámbitos de actuación para definir y elaborar pactos de gestión internos, a los que incluso puede contribuir positivamente.

Con los resultados y conclusiones de CALYSOS, se elaborará un **informe pormenorizado y priorizado** que será remitido a los equipos directivos de las organizaciones e instituciones sanitarias de la Región para ser incluido en la agenda de debate, con lo que se dispondrá de un elemento básico para la planificación, negociación, participación y seguimiento de las medidas y propuestas de cambio sugeridas.

Para participar, debes darte de **alta** en **www.somuca.es/calysos** y responder al cuestionario **antes del 31 de Marzo**. Es obvio decir que el tratamiento de los datos cuenta con la **garantía** de confidencialidad e independencia de SOMUCA.

Con el agradecimiento de tu necesaria participación, recibe un cordial saludo.

www.somuca.es/calysos

Anexo 2.- Web Calysos

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

¿Qué es CALYSOS?

¿Por qué CALYSOS?

¿Quién puede participar en CALYSOS?

¿Cómo participar en CALYSOS?

¿Qué repercusión tiene CALYSOS?

Garantías de CALYSOS

Quiero participar

© Copyright 2010 · SOMUCA Sociedad Murciana de Calidad Asistencial · somuca@cedes.es · Tel. 968 210 684

SOCIEDAD MURCIANA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

| INICIO | CONTACTO | MAPA WEB | AVISO LEGAL

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

¿Qué es CALYSOS?

¿Por qué CALYSOS?

¿Quién puede participar en CALYSOS?

¿Cómo participar en CALYSOS?

¿Qué repercusión tiene CALYSOS?

Garantías de CALYSOS

¿Qué es CALYSOS?

El Proyecto CALYSOS es un estudio diseñado y dirigido por la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, por encargo de la Consejería de Sanidad y Política Social y el Servicio Murciano de Salud, que tiene por objeto identificar y priorizar las propuestas y sugerencias aportadas por los Profesionales Sanitarios para mejorar la Calidad y Sostenibilidad de nuestro sistema sanitario regional.

Quiero participar

© Copyright 2010 · SOMUCA Sociedad Murciana de Calidad Asistencial · somuca@cedes.es · Tel. 968 210 684

SOCIEDAD MURCIANA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

| INICIO | CONTACTO | MAPA WEB | AVISO LEGAL

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

¿Qué es CALYSOS?

¿Por qué CALYSOS?

¿Quién puede participar en CALYSOS?

¿Cómo participar en CALYSOS?

¿Qué repercusión tiene CALYSOS?

Garantías de CALYSOS

Quiero participar

¿Por qué CALYSOS?

Porque, a pesar de que es frecuente la aparición de informes y análisis sobre qué hay que hacer para garantizar la calidad y sostenibilidad del Sistema Sanitario, son muy escasos aquéllos en los que los Profesionales Sanitarios pueden hacer llegar sus opiniones o recomendaciones de mejora e innovación.

Porque es necesario que ese canal sea independiente y autónomo.

Porque es tiempo de reflexionar y proyectar, pero sobre todo de decidir y actuar.

© Copyright 2010 · SOMUCA Sociedad Murciana de Calidad Asistencial · somuca@cedes.es · Tel. 968 210 684

SOCIEDAD MURCIANA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

| INICIO | CONTACTO | MAPA WEB | AVISO LEGAL

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

¿Qué es CALYSOS?

¿Por qué CALYSOS?

¿Quién puede participar en CALYSOS?

¿Cómo participar en CALYSOS?

¿Qué repercusión tiene CALYSOS?

Garantías de CALYSOS

Quiero participar

¿Quién puede participar en CALYSOS?

Cualquier Profesional Sanitario del ámbito regional con responsabilidades sobre otras personas de la Organización.
Se entenderán como tales, los Jefes de Servicio, Sección o Unidad clínicos, Supervisores de enfermería, Coordinadores de Unidades asistenciales, Coordinadores de Centros de Salud médicos y de enfermería, etc.
Para ello, será preciso darse de alta cumplimentando la correspondiente ficha personal, a través de la cual se mantendrá permanentemente informado de la marcha y resultados del Proyecto.

© Copyright 2010 · SOMUCA Sociedad Murciana de Calidad Asistencial · somuca@cedes.es · Tel. 968 210 684

SOCIEDAD MURCIANA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

| INICIO | CONTACTO | MAPA WEB | AVISO LEGAL

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

¿Qué es CALYSOS?

¿Por qué CALYSOS?

¿Quién puede participar en CALYSOS?

¿Cómo participar en CALYSOS?

¿Qué repercusión tiene CALYSOS?

Garantías de CALYSOS

Quiero participar

¿Cómo participar en CALYSOS?

Respondiendo el cuestionario sobre propuestas y sugerencias para mejorar la Calidad y Sostenibilidad de nuestro sistema sanitario regional, en torno a 8 grandes áreas de actuación.
Una vez que todos los participantes hayan cumplimentado el cuestionario, se volverá a contactar con ellos para proceder a priorizar de entre todas las propuestas planteadas, con objeto de identificar qué y con qué prioridad es necesario implantar, modificar, o suprimir en los actuales servicios y prestaciones sanitarias.

© Copyright 2010 - SOMUCA Sociedad Murciana de Calidad Asistencial - somuca@cedes.es - Tel. 968 210 684

SOCIEDAD MURCIANA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

| INICIO | CONTACTO | MAPA WEB | AVISO LEGAL

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

¿Qué es CALYSOS?

¿Por qué CALYSOS?

¿Quién puede participar en CALYSOS?

¿Cómo participar en CALYSOS?

¿Qué repercusión tiene CALYSOS?

Garantías de CALYSOS

Quiero participar

¿Qué repercusión tiene CALYSOS?

El producto final de CALYSOS constituye una reflexión en profundidad sobre las necesidades de cambio y una priorización de las mismas.

Con los resultados y conclusiones del proyecto, se elaborará un informe pormenorizado que refleje las autorías de los participantes, y que será remitido a los equipos directivos de las organizaciones e instituciones sanitarias de la Región.

Desde ese momento, se dispondrá de un elemento básico para la planificación, negociación, participación y seguimiento de las medidas y propuestas de cambio en nuestro sistema sanitario.

© Copyright 2010 - SOMUCA Sociedad Murciana de Calidad Asistencial - somuca@cedes.es - Tel. 968 210 684

SOCIEDAD MURCIANA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

| INICIO | CONTACTO | MAPA WEB | AVISO LEGAL

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

¿Qué es CALYSOS?

¿Por qué CALYSOS?

¿Quién puede participar en CALYSOS?

¿Cómo participar en CALYSOS?

¿Qué repercusión tiene CALYSOS?

Garantías de CALYSOS

Quiero participar

Garantías de CALYSOS

La Sociedad Murciana de Calidad Asistencial se compromete y garantiza que:

- Nadie ajeno a la dirección del estudio, tendrá acceso a la base de datos resultante.
- Jamás se vincularán las respuestas a sus autores.
- La base de datos será destruida en el momento de la finalización del estudio.
- La independencia y ausencia de sesgos de cualquier tipo guiarán el tratamiento de los resultados.

© Copyright 2010 · SOMUCA Sociedad Murciana de Calidad Asistencial · somuca@cedes.es · Tel. 968 210 684

YA ME HE REGISTRADO
NIF/NIE:
Contraseña:
Entrar
FORMULARIO DE REGISTRO
* NIF/NIE:
* Contraseña:
* Repita contraseña:
* Puesto de trabajo:
* Área de salud:
Gerencia de Área de Salud I (Murcia/Oeste)
* Centro de trabajo:
* Ámbito:
Atención Primaria
* Profesión:
Médico/a
* Teléfono:
* Email:
Ver política de protección de datos
He leído y acepto las condiciones en política de protección de datos aquí citadas.
Registrar

1. MEDIDAS ENCAMINADAS A MEJORAR LA GESTIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL.

En el momento actual, diversos factores relacionados tanto por el lado de la demanda (envejecimiento de la población, fascinación tecnológica, preocupación e interés ciudadano con la calidad de vida), como por el de la oferta, (mayor accesibilidad, prestaciones, desarrollo e innovación tecnológica), presionan claramente hacia un incremento en la utilización de servicios sanitarios, siendo razonable predecir que esta tendencia continuará aumentando en el futuro.

El desequilibrio, medido en términos de listas de espera, no parece resolverse únicamente con un incremento de recursos.

Por otro lado, también se está demandando una mayor responsabilidad del paciente en la gestión de sus factores de riesgo y patologías, así como una reorientación de la propia oferta asistencial.

En este contexto ¿qué acciones propondría aplicar para implicar a los pacientes en su autocuidado, así como para controlar la utilización excesiva de los recursos sanitarios?

Guardar y siguiente

2. MEDIDAS ENCAMINADAS A RACIONALIZAR LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES Y PREVENTIVAS: CARTERA DE SERVICIOS.

Las épocas de crisis constituyen excelentes oportunidades para revisar los productos y servicios que provee una organización. El objetivo no es otro que el de identificar áreas de mejora, no solo en la eficiencia de dicha prestación (es decir, poder ejecutarla con menos coste), sino incluso en términos de eficacia (es decir, valorar si realmente sirve para algo).

El sector sanitario no es ajeno a esta dinámica, que puede aprovecharse para identificar aquéllas actuaciones que se consideren innecesarias, que se oferten de manera inadecuada, o que no hayan demostrado una adecuada relación coste/beneficio.

En definitiva, podría ser necesario revisar y reorientar prioridades, dejar de financiar parcial o completamente medicamentos, dispositivos, aparatos, procedimientos o servicios, con escaso valor clínico.

Para ello ¿qué prestaciones eliminaría y cuáles considera necesario implantar?

Guardar y siguiente

3. MEDIDAS DIRIGIDAS A ADECUAR LOS MECANISMOS DE INCORPORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS.

Entre los aspectos con los que caracterizar la evolución de los últimos decenios en el ámbito sanitario puede citarse, sin duda, el de la masiva incorporación de nuevas tecnologías.

En el concepto de tecnología habría que incluir los medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en atención médica, así como los sistemas organizativos con los que esta atención sanitaria se presta.

En los últimos tiempos, se han escuchado críticas frente a los resultados de muchas de esas tecnologías, pues se considera que se relacionan con:

- crecimiento aparentemente no controlable del gasto sanitario;
- variabilidad en los estilos de práctica clínica y en la utilización de recursos sanitarios;
- desconocimiento de los impactos reales en niveles de salud;
- exceso de información científica y no científica;
- influencias externas.

Con este planteamiento, ¿qué sugerencias propondría para evitar los problemas mencionados?

Guardar y siguiente

4. MEDIDAS DIRIGIDAS A MEJORAR LA COORDINACIÓN E INFORMACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.

El denominado "continuum asistencial" requiere que los diferentes niveles y proveedores de servicios sitúen al paciente/ciudadano como el centro de sus sistemas. Sin embargo, este requisito no siempre presenta un buen nivel de cumplimiento.

No hay, en ocasiones, una clara definición de funciones, dándose duplicidades en pruebas, consultas o tratamientos, que generan incomodidades, consumo de recursos innecesarios e, incluso, actuaciones contrapuestas. La coordinación entre nuestros niveles asistenciales sigue mostrando frecuentes oportunidades de mejora.

Hay muchos movimientos que pretenden resolver parte de los problemas pero, hasta ahora, no se ha diseñado una estrategia ni un plan de ruta para esos cambios necesarios.

Desde su ámbito asistencial ¿Qué propuestas concretas implantaría para mejorar la situación actual?

Guardar y siguiente

5. MEDIDAS PARA MEJORAR LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y DEL PERSONAL.

Es difícil encontrar organizaciones con una implicación, autonomía y profesionalización tan alta, como en el caso del sector sanitario. Si además se une la característica de que su mayor valor radica en el capital intelectual de sus propios profesionales es fácil entender la importancia de su adecuada gestión.

En este contexto, la necesidad de contar con un personal adecuadamente formado, motivado, implicado e incentivado es la base fundamental para el desarrollo de una gestión con garantía de éxito.

En diversos entornos se ha planteado la conveniencia de revisar el actual modelo de relaciones laborales, con objeto de establecer diferencias y estímulos tanto a la productividad, como a la calidad del trabajo individual y grupal, conjuntamente con una nueva visión de las herramientas para la gestión del conocimiento en la organización.

Para ello, se habla de modificaciones a la situación actual en áreas como las de:

- Desarrollo y carrera profesional
- Formación e Investigación
- Horarios y organización de la jornada laboral
- .....

¿Cuáles serían sus propuestas en relación a los aspectos citados?

Guardar y siguiente

6. MEDIDAS PARA MEJORAR EL RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD DE PROFESIONALES, EQUIPOS E INFRAESTRUCTURAS.

Sanidad, como sector, sólo ganará credibilidad si es capaz de llevar a cabo una gestión económica rigurosa, optimizando el rendimiento y la productividad.

En el ámbito profesional en general, se ha identificado un nivel de productividad o coste por unidad de servicio claramente mejorable, que suele ser el resultado de un modelo organizativo y un marco de relaciones laborales complejo.

En el caso de equipos e infraestructuras, es comentada la necesidad de reducir de forma neta los costes directos de su utilización, evitando la duplicidad de actividades, minimizando la burocracia, desarrollando economías de escala, optimizando la gestión de recursos y procesos, o fortaleciendo la calidad y la eficiencia de forma objetiva.

En este sentido, ¿cuáles serían sus propuestas de mejora en estos campos?

Guardar y siguiente

7. MEDIDAS ORGANIZATIVAS EN LA GESTIÓN DE CENTROS, UNIDADES Y SERVICIOS.

El actual sistema de gestión sanitaria de los centros, servicios y unidades es obsoleto y debería modificarse para lograr una mayor implicación de los profesionales frente a la utilización de los recursos y los resultados en salud de la población bajo su cobertura.

El cambio en la tipología de paciente (de agudo a crónico), las demandas de una mayor autonomía de gestión clínica, la protocolización y estandarización de actividades y resultados, la búsqueda de sinergias y centralización de productos o servicios, ..., son elementos a los que hay que dar respuesta a corto plazo.

En su experiencia, ¿qué cambios cree necesario introducir para mejorar la gestión de los centros, unidades y servicios?

Guardar y siguiente

8. MEDIDAS PARA FOMENTAR EL BUEN GOBIERNO DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS.

El buen gobierno debe procurar que el proceso de toma de decisiones y su implementación responda a un conjunto de reglas como son la participación democrática, la transparencia, la rendición de cuentas o el respeto a las leyes.

El objetivo de este apartado es identificar en nuestras organizaciones sanitarias modelos de acción más comprometidos, que promuevan mejores prácticas de dirección y gestión y que, además, se conviertan en instrumentos para reforzar la mutua confianza entre los profesionales sanitarios y el personal directivo, relacionados con:

- la transparencia y eficacia en la gestión
- los objetivos y planes de acción
- la imparcialidad
- y la orientación y mayor aproximación a los pacientes/ciudadanos.

En este sentido, ¿qué medidas relacionadas con ello cree oportuno poner en marcha?

Guardar y siguiente