



Competences in Health Network Management

Perfil de competencias

País: España
Autores: Isabel Morales Moreno et al.
Institución: Universidad Católica San Antonio de Murcia
Proyecto-ID: 2019-1-DE01-KA203-005025
Fecha: Septiembre 2020

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Tareas y actividades básicas (de un gestor de redes sanitarias)	Competencias y cualificaciones necesarias para realizar estas tareas / actividades (Es posible la doble inscripción)
Salud (Salud Pública, Promoción de la Salud, ...) (Porcentaje del total de la educación: 50%)	
<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> Formación en atención para la salud creatividad innovación
<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar diagnósticos y actuaciones precoces para la demanda asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> Formación y herramientas de gestión económica Formación en atención para la salud creatividad innovación
<ul style="list-style-type: none"> Educación para la salud 	<ul style="list-style-type: none"> Formación en atención para la salud
<ul style="list-style-type: none"> Salud pública 	<ul style="list-style-type: none"> Formación en atención para la salud Conocimientos socio-culturales: <ul style="list-style-type: none"> Análisis comparado políticas públicas Comprensión conductas enfermedad y búsqueda atención Reconocimiento pluralismo asistencial

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Tareas y actividades básicas (de un gestor de redes sanitarias)	Competencias y cualificaciones necesarias para realizar estas tareas / actividades (Es posible la doble inscripción)
Gestión (Porcentaje del total de la educación: 25%)	
<ul style="list-style-type: none"> Organizar los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> capacidad administrativa La capacidad de toma de decisiones capacidad de trabajar los objetivos
<ul style="list-style-type: none"> Dirigir los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> técnicas para ejecutar las tareas medios para ejecutar las tareas la capacidad de liderar una organización entendimiento contextualizado praxis gestión y oportunidades/limitaciones institucionales
<ul style="list-style-type: none"> Controlar los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> capacidad de análisis para usar herramientas <ul style="list-style-type: none"> planificar informáticas estadísticas capacidad de liderar una organización la capacidad de enfocar los problemas
<ul style="list-style-type: none"> Coordinar los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> técnicas para ejecutar las tareas medios para ejecutar las tareas conocer la empresa conocer sus departamentos o áreas reconocer sus elementos reconocer las interacciones reconocer los cambios que existen o pueden existir
<ul style="list-style-type: none"> Analizar la situación e información 	<ul style="list-style-type: none"> capacidad de análisis para usar herramientas <ul style="list-style-type: none"> planificar informáticas estadísticas capacidad de resolución de dificultades capacidad de establecer prioridades capacidad de controlar la calidad de las actividades

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Tareas y actividades básicas (de un gestor de redes sanitarias)	Competencias y cualificaciones necesarias para realizar estas tareas / actividades (Es posible la doble inscripción)
Habilidades sociales y comunicación (Porcentaje del total de la educación: 25%)	
<ul style="list-style-type: none"> • trabajar en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> • participación • comunicación • liderazgo • gestión del talento • creatividad • innovación • motivación
<ul style="list-style-type: none"> • la atención de las relaciones (con el gobierno, junta directiva, clientes o pacientes y proveedores). 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación • comunicación • Conocimientos socio-culturales: <ul style="list-style-type: none"> ○ Análisis comparado políticas públicas ○ Comprensión conductas enfermedad y búsqueda atención ○ Reconocimiento pluralismo asistencial

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Tareas y actividades básicas (de un gestor de redes sanitarias)	Competencias y cualificaciones necesarias para realizar estas tareas / actividades (Es posible la doble inscripción)
Other Competences (Percentage of total education: XX%)	
<ul style="list-style-type: none"> Financiación de la empresa y economía de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Formación y herramientas de gestión económica</i> Investigación
<ul style="list-style-type: none"> Gestión y trabajo en redes 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Formación en gestión clínica</i> <i>Formación en herramientas de calidad</i> <i>Formación en herramientas de gestión de aprovisionamiento</i> <i>Formación en herramientas de innovación</i> Investigación
<ul style="list-style-type: none"> Tecnologías y sistemas de la información 	<ul style="list-style-type: none"> Formación y herramientas del sistema de información Formación y herramientas de gestión de tecnologías Investigación
<ul style="list-style-type: none"> Gestión y políticas sanitarias 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Formación y herramientas en gestión clínica</i> Formación y herramientas en políticas sanitarias Investigación

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Competences in Health Network Management

Circumstances, Structures and Challenges

Country:	Spain
Authors:	Isabel Morales Moreno
Institution:	UCAM
Project-ID:	2019-1-DE01-KA203-005025
Date:	September 2020



Contents

1. Introduction.....	3
1.1. Aim of the present paper	3
1.2. Research Questions	3
2. Methods	3
3. Circumstances, Structures and Challenges in SPAIN	5
3.1. Main health challenges	6
3.2. Key institutions.....	8
3.3. Key policies	9
3.4. Health Care System	9
3.5. Health targets.....	10
4. Health Network Manager.....	12
4.1. Status Quo in SPAIN	12
4.2. Results of the conducted Interviews	13
5. Discussion & Conclusion.....	41
6. Bibliography.....	115



1. Introduction

1.1. Aim of the present paper

El objetivo del documento es elaborar un perfil de competencia necesario para un gestor sanitario de redes de atención a la salud en España.

1.2. Research Questions

1. **What kind of Circumstances, Structures and Challenges do Health Network Managers face in SPAIN?**
2. **Which Competences do Health Network Managers in SPAIN need?**

2. Methods

Please describe the Methods of the present paper (desktop research and qualitative interviews).

La metodología utilizada ha sido cualitativa; se ha diseñado una investigación de tipo descriptivo transversal observacional.

La población de estudio son los gestores sanitarios a nivel regional y nacional en España.

Los criterios de inclusión fueron: profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) que desempeñan actual o previamente un cargo de responsabilidad en la gestión sanitaria española. Y profesionales no sanitarios (economistas, sociólogos...) que desempeñen actual o previamente un cargo de responsabilidad en la gestión sanitaria española. Los criterios de exclusión fueron: negativa a participar.

El tipo de muestreo ha sido por conveniencia y muestreo en bola de nieve.

La muestra final se compuso de 6 individuos.

Tabla 1. Perfil de los entrevistados.

Nº de entrevista	Formación	Puesto de gestión
Entrevista 1	Doctor, Ingeniero en informática especialidad Gestión, Formación en	Director de Gestión y Servicios Generales del Hospital Virgen de la Arrixaca, 3 años. Gerente del Hospital Virgen de



	Alta empresarial y de Instituciones Sanitarias.	Dirección y de	la Arrixaca 2 años. Gerente Hospital USP S. Carlos Murcia 2 años, Gerente Hospital USP S. Jaime Torrevieja, 8 años. Actualmente Subdirector de Desarrollo de Grupo Ribera Salud. Coordinador Académico Máster de Gestión y Planificación Sanitaria UCAM.
Entrevista 2	Doctor, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Formación en Gestión Sanitaria.	Médico	Coordinador Equipos Atención Primaria en Gerencia Atención Primaria durante 1 año, Director Gerente Atención Primaria Área Sanitaria I Murcia (INSALUD) durante 5 años, Director Médico de dos Residencias Geriátricas durante 14 años. Actualmente Director-Coordinador Equipo de Atención Primaria y Director Médico Residencia Geriátrica Municipal.
Entrevista 3	Doctor, Especialista en Medicina Interna. Médico de Familia durante 40 años. Formación en Gestión Sanitaria.	Médico	Director Gerente Atención Primaria Área Sanitaria II en Murcia (INSALUD) durante 8 años, Coordinador de diferentes Equipos de Atención Primaria durante 10 años. Actualmente asesor Gerencia SMS.
Entrevista 4	Enfermero, Antropólogo Social y Cultural. Amplia formación en Gestión Sanitaria.		Supervisor del Área de Docencia, Calidad e Investigación durante 7 años en dos hospitales del SMS, 3 años como Subdirector de Enfermería Hospital Morales Meseguer, 7 años como Director de Enfermería Hospital Morales Meseguer. Actualmente Coordinador de Enfermería Equipo Atención Primaria, desde hace 8 años.
Entrevista 5	Enfermero, Máster en Gestión de la Calidad de los Servicios de salud. Amplia formación en Gestión Sanitaria.		Supervisora de Unidad hospitalaria durante 4 años, 2 años como Directora de Enfermería Fundación Hospital de Cieza, Adjunta a la Dirección de Operaciones de Enfermería en el Área de Torrevieja Salud durante 7 años.



		Actualmente y desde 2015 es Coordinadora Regional de Enfermería en la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicios Centrales del SMS.
Entrevista 6	Doctor, Médico Especialista en Alergología e Inmunidad Clínica. Amplia y variada formación en Gestión sanitaria.	Durante 20 años el cargo de Director Gerente en diferentes hospitales públicos del Sistema Sanitario Español (hasta 2004). Experto en Cooperación Internacional al Desarrollo. Actualmente, Director Escuela de Gestión de Servicios Socio sanitarios UCAM, Director de Catedra de Gestión y Planificación de Servicios Sanitarios UCAM, Secretario General Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, SEDISA, Vicepresidente del Patronato de la Fundación SEDISA, miembro de la Junta Directiva de CEDE: Conferencia Estatal de Directivos y Empresarios y de Asociación Española de Fundaciones. Profesor de Gestión en Grado y Máster en 12 universidades españolas.

Fuente: Elaboración propia.

La recogida de información se realizó mediante una entrevista semiestructurada en profundidad y revisión bibliográfica.

Las entrevistas realizadas a los expertos en gestión sanitaria fueron por videollamada, en persona y por teléfono; todas ellas fueron transcritas en español y posteriormente traducidas a inglés.

Los datos se procesaron mediante el análisis de contenido de los textos de las entrevistas transcritas asistido por el programa de análisis de datos cualitativos Maxqda18.

Simultáneamente se realizó una búsqueda bibliográfica en profundidad, que se llevó a cabo mediante la selección de artículos de las siguientes bases de datos, y buscadores académicos. Se utilizaron los siguientes descriptores: Organización y Administración, Administración de los Servicios de Salud, Gestión Clínica, Colaboración Intersectorial, Sistemas Nacionales de Salud, Atención Integral de Salud, Metas de Salud, Administradores de Instituciones de Salud, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Recursos en Salud, Necesidades y Demandas de Servicios de Salud, Gestor de Salud, Circunstancias de los servicios sanitarios, Estructuras sanitarias, Retos en Salud de Redes de Atención a la salud y Gestión de Redes de Atención a la Salud. Los descriptores se combinaron según la intención de la búsqueda utilizando los operadores lógicos: Or y And.

3. Circumstances, Structures and Challenges in SPAIN



3.1. Main health challenges

For example, based on the WHO descriptions.

Según la OMS (2015) las redes de atención a la salud son los servicios de salud integrados son servicios que se gestionan y prestan de forma que las personas reciban un continuo de salud, la promoción, prevención de enfermedades, el diagnóstico de enfermedades, su tratamiento y manejo, la rehabilitación y los cuidados paliativos, en los diferentes niveles asistenciales y lugares de atención a la salud dentro del sistema sanitario y según las necesidades a lo largo de la vida.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud son definidas por la Organización Panamericana de Salud (2010) como

una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. (Organización Panamericana de Salud ,2010, pp. 9, 31,70)

Según la Organización Mundial de la Salud las Redes de Atención a la Salud (RASs) están formadas por las siguientes características de integración: un gran grupo de intervenciones preventivas y curativas dirigidas a la población, el lugar de integración de diversos servicios, continuidad de cuidados a largo plazo, la integración vertical de niveles de atención diferentes, la unión entre la gestión y la formulación de políticas en salud, y el trabajo intersectorial. De esta forma, se crea la definición de servicios integrados de salud como

la gestión y la oferta de servicios de salud de manera que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles de atención de salud. (World Health Organization, 2008, p. 80)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta una estrategia de cambio centrada en la integración de los servicios sanitarios basada en la financiación, la gestión y la entrega de los servicios sanitarios. El cambio del paradigma actual es urgente debido a los cambios poblacionales como el aumento de la longevidad, la cronicidad, y las enfermedades de carácter preventivo que requieren multitud de intervenciones muy complejas y costosas para el sistema sanitario. Además, los sistemas sanitarios deben de estar mejor preparados para responder a situaciones de emergencia sanitarias mediante los servicios integrados.

Los servicios sanitarios disponibles deben ser capaces de coordinar y proporcionar una asistencia sanitaria segura, eficaz, eficiente y continua que contemple todas las necesidades de salud a lo largo de la vida de forma integrada. Además, deben estar centrados en la atención desde las diferentes perspectivas: personas, familias y comunidades. Además de ser los receptores de la atención sanitaria, también deben de ser participantes del sistema de salud que responda a las necesidades de la población de manera holística. Para ello, es fundamental la educación de la población, la ayuda en la toma de decisiones y el autocuidado. También los servicios de salud integrados deben asegurar que las personas obtengan un continuo en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo de enfermedades, en la rehabilitación y los cuidados paliativos, de acuerdo a las necesidades



de su vida. Para ello es fundamental que la cobertura de los servicios integrados de salud esté basada en la cobertura sanitaria universal y en la Atención Primaria de Salud.

Las líneas estratégicas de avance se centran en el empoderamiento y participación de los ciudadanos; en el fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas para promover la transparencia en la toma de decisiones; reorientar el modelo de atención sanitaria para proporcionar servicios eficientes y eficaces mediante la integración de los diferentes niveles asistenciales; priorizando la Atención Primaria de salud; la coordinación de la atención sanitaria entre los diferentes niveles de atención y promoción de la salud; y la reorganización para reunir un entorno adecuado en el que participen las diferentes partes para realizar cambios necesarios como en el marco legislativo, financiación, inventivos...

(World Health Organization, 2015)

Los principales desafíos a los que se enfrenta España con respecto las recomendaciones de la OMS son la necesidad de promover los procesos de participación de actores sociales y de los ciudadanos para colaborar de forma activa y no sólo como receptores del sistema. Para ello, es necesario orientar los servicios sanitarios hacia el nivel asistencial de Atención Primaria y salud comunitaria. De esta forma, se garantizará la equidad, eficiencia y sostenibilidad del SNS español. Los principios para orientar los servicios de salud comunitaria son: desarrollar políticas públicas saludables mediante la promoción de la salud; adecuar la atención comunitaria para mejorar la complementación y coordinación de actividades y procesos en el ámbito local para mejorar la salud colectiva; Iniciar los determinantes intermedios de la salud desde Atención Primaria; favorecer la reflexión crítica y el desarrollo individual; fomentar la toma de decisiones comunitaria para desarrollar políticas públicas, a través de mecanismos de participación; crear nuevas formas de medición y evaluación cualitativas y subjetivas y de los procesos; coordinar e integrar la Atención Primaria y Salud Pública para el desarrollo comunitario; formar a los profesionales para desarrollar las estrategias; aumentar el presupuesto en investigación, recursos y acciones en Atención Primaria (Cía, et al., 2018).

Así pues, España tiene una de las mayores tasas de envejecimiento y cronicidad de Europa, por ello desarrollar herramientas para atender de otra forma la cronicidad. Las Comunidades Autónomas están desarrollando estrategias para tratar la cronicidad. Además, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en 2012, elaboró una Estrategia de Cronicidad. También sociedades científicas han promovido la Declaración de Sevilla sobre los pacientes crónicos (Bengoa, 2015). El aumento del envejecimiento y de la cronicidad repercute en la multimorbilidad y pluripatología a la que se enfrentan cada vez mayor parte de la población. Para ello, es fundamental desarrollar los sistemas sanitarios mediante la investigación para generar medidas de calidad acerca de la atención a las personas con múltiples patologías; guías de práctica clínica con las enfermedades que habitualmente aparecen juntas; sistemas de información y las tecnologías de la información para lograr la integración de todos los datos del paciente y que estos sean accesibles a todos los profesionales; el envejecimiento saludable mediante la adaptación de la asistencia a los ancianos; la promoción y prevención de la salud basados en los determinantes sociales de la salud como las condiciones socioeconómicas, políticas culturales, y el medioambiente en el que se desarrollan las personas; la integración de los servicios sanitarios y sociales para tener en cuenta la discapacidad de los pacientes y ayudarles en su vida diaria; la financiación y la cobertura universal mediante iniciativas para aumentar la eficiencia del sistema evitando el malgasto, priorizar en los presupuestos, la financiación en ciertos productos como el tabaco, alcohol, bebidas azucaradas... para disminuir su consumo, y aportar en el desarrollo sanitario



de países con bajos ingresos; finalmente, centrarse en la formación de los profesionales sobre la promoción de la salud (Román y Ruiz, 2017).

Finalmente, es fundamental tratar otro de los retos del sistema sanitario, que es el proporcionar una atención de calidad a los enfermos en situación terminal. De tal forma, que se provea de los recursos necesarios suficientes en cuidados paliativos (Altisent y Júdez, 2016).

3.2. Key institutions

Please mention key institutions in the field of Public Health and Health Promotion in your country and describe whether their work is related in any way to health network management.

Las instituciones clave en el campo de la salud pública y la promoción de la salud en España:

- El ámbito social: aporta servicios sociales en coordinación con el sistema sanitario. (Botija, Botija y Navarro, 2018)
- La Atención Primaria de Salud: es el eje estratégico del sistema sanitario que aborda de forma integrada la salud-enfermedad, disminuyendo las desigualdades, superando las inequidades sanitarias. (Cía, et al., 2018)
- Ámbito hospitalario: en el que se encuentra la asistencia especializada, contiene avances tecnológicos (Aller, et al., 2013).
- Áreas de gestión unificada: basadas en la coordinación de los diferentes niveles asistenciales, Atención Primaria y Atención Especializada por territorios geográficos (Merino, Zabala, Amengual, Márquez y de Manuel, 2015).
- En las Comunidades Autónomas.: mediante los planes de salud coordinan el sector sanitario y social (Botija, Botija y Navarro, 2018). Las Comunidades Autónomas asumen las competencias sanitarias, la planificación y organización de su sistema sanitario. Las Comunidades Autónomas deben garantizar las prestaciones mínimas, comunes para el SNS. También pueden ampliar la cartera de servicios (Alonso, 2013). Para desarrollar la gestión sanitaria de las Comunidades Autónomas debido a la descentralización, se crearon los servicios autonómicos de salud (Del Castillo, 2007). También se encuentra la Conserjería de Sanidad que es el órgano de la Administración regional que se encarga del ejercicio de la autoridad a nivel sanitario y de la dirección y coordinación de las funciones sanitarias (Gobierno Castilla-La Mancha, 2020).
- El ámbito municipal (ayuntamiento): impulsa políticas sanitarias de forma equitativa sobre la salud a nivel local. Aunque la influencia de los municipios en la gestión es mínima en España (Ruiz, et al., 2018).
- Gabinetes del ministerio (Gobierno español): hacen posible la coordinación intersectorial y mejoran la coordinación del ministerio de sanidad con el de educación, entre otros. Las competencias de Sanidad y Educación están transferidas del Gobierno central a las Comunidades Autónomas (McQueen, Wismar, Lin, Jones y Davies, 2015).
- Organizaciones no gubernamentales: tienen un rol de intermediarias entre el SNS y la población. Se encargan de ayudar al ciudadano a interactuar con las distintas organizaciones sanitarias (Sánchez, 2019). Además, colaboran con el sistema sanitario educando a los pacientes y familias, así como sensibilizando a la población de diferentes patologías (Aguerreberre, 2012). Promueven los grupos de ayuda mutua, la reciprocidad comunitaria y el movimiento de paciente experto.



3.3. Key policies

Please describe key policies in your country, for example, based on laws in relation to health network management.

Las políticas clave de España en relación con la gestión de redes de salud son:

- La Ley General de Sanidad 21/2001 en el se produjo las transferencias del Instituto Nacional de la Salud (sistema de salud centralizado) a las Comunidades Autónomas, descentralizando el sistema sanitario (Criado, Repullo y García, 2011).
- La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema nacional de Salud, que estableció las condiciones básicas y comunes para una atención continuada, integral y en el nivel oportuno, que incluyera las prestaciones oportunas de la salud pública. (Villalbí, Carreras, Martín y Hernández, 2010) También incluye la sanidad privada, relacionada con las actividades de información, salud pública, formación e investigación y seguridad y calidad. El rol de la Sanidad privada es complementario a la Sanidad pública (Girela, 2014).
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, además de integrar todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud (Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, s.f.).
- Real Decreto 347/1993, de 5 de marzo, sobre organización de los Servicios Territoriales del Instituto Nacional de la Salud. En el que se reorganizan los servicios gestionados por el Instituto Nacional de salud no transferidos a las Comunidades Autónomas (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 1993).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Cuyo objetivo es regular las condiciones básicas para garantizar la igualdad en el derecho de los ciudadanos de promover su autonomía y la atención a las personas dependientes. De tal forma que, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia asegure la acción de forma coordinada y cooperativa con el estado y las Comunidades Autónomas (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2006).
- El Plan Nacional para la Cronicidad presenta una Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de salud, que establece los objetivos y las recomendaciones necesarias para organizar los servicios, de forma que, se mejore la salud de la población y sus determinantes, la prevención de sus condiciones de salud y sus limitaciones en las actividades de carácter crónico y su atención integral (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).
- El Consejo General de Enfermería desarrolla un Marco de competencias del profesional de Enfermería Experto en el Ámbito Escolar para establecer y definir las competencias y necesidad del desarrollo de la especialidad (Consejo General de Enfermería, 2018).

3.4. Health Care System

Please describe briefly the Health Care System within your country and how it is financed. Discuss if there is any relation to regional health management in the health system included.



El Sistema Nacional de Salud (SNS) es muy complejo de gran importancia para el desarrollo de la sociedad actual. La aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 y las transferencias sanitarias del Estado español a las Comunidades Autónomas fijaron las bases de un modelo de sistema sanitario integrado; posteriormente, las trasferencias sanitarias han impulsado iniciativas diversas de trabajo con redes integradas de salud. El SNS pretende coordinar e integrar las funciones y prestaciones sanitarias de los servicios de salud del Estado y de las Comunidades Autónomas. Los servicios sanitarios están reglados y coordinados a nivel estatal, pero la competencia y responsabilidad pertenece a las Comunidades Autónomas (Tabarquino, 2016). Se ha derivado gran parte de la responsabilidad en el gasto de las necesidades públicas que garantizan el bienestar social a las Comunidades Autónomas y se ha producido una descentralización económico-financiera del gasto público con servicios como sanidad, educación y servicios sociales. (Martínez, 2017)

Así mismo, la colaboración entre Atención Primaria y atención especializada existe, pero es insuficiente para conseguir una continuidad asistencial adecuada e integrada. La trasmisión de la información y la cooperación es insuficiente. (Montes, Canosa, Castilla y Montero, s.f.)

La gestión clínica es una técnica de organización y un criterio directivo que consigue que los gestores y clínicos establezcan y logren los objetivos comunes para presentar a los pacientes los mejores resultados factibles, es decir conseguir la efectividad, de acuerdo con la información científica para cambiar el curso clínico de la enfermedad consiguiendo mejores resultados (eficacia) con el menor coste e inconvenientes, tanto para el paciente como para la sociedad en general. La gestión clínica se encarga de dirigir las unidades asistenciales mediante la participación activa y responsable de los profesionales sanitarios en el logro de objetivos y en la administración de recursos. (Álvarez y Rodríguez, 2016)

Por ello, los gestores de los diferentes niveles de gestión sanitaria se encargan de organizar, dirigir, controlar, y coordinar los servicios de salud en los hospitales, clínicas, organismos públicos de salud y similares, para alcanzar la eficiencia máxima. Se establecen las estrategias necesarias para organizar, los objetivos y planes de gestión. (Alamillos y Collazos, 2015).

3.5. Health targets

Do you have health targets in your Country? Please describe them and discuss if there is a relation to regional health network management.

Entre los objetivos de salud en España destacan: desarrollar la educación para la salud para que la población tenga los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para mantener y proteger su salud. (Riquelme, 2012)

La coordinación en la asistencia sanitaria es un objetivo debido al aumento de pacientes complejos en España que necesitan multitud de recursos. Prestar una asistencia continuada, disminuir costes y mejorar la calidad asistencial es prioritario actualmente. (Allapuz, Gallardo, Perona y Grup de Coordinació entre nivells del Garraf, 2012)

La creación de una historia clínica única para los diferentes niveles asistenciales con el fin de facilitar la integración de las diferentes instituciones asistenciales y facilitar el conocimiento de los facultativos de la información del paciente. (Medrano y Pacheco, 2015)



La integración clínica es uno de los objetivos fundamentales, para que se lleve a cabo es necesario garantizar el trabajo cooperativo y coordinado entre los diferentes proveedores y entornos del sistema para garantizar la atención sanitaria centrada en la persona, incluyendo la familia, recursos sociales, y comunitarios. La creación de nuevos roles, el aumento de las competencias de los médicos de familia en determinados procesos y la modificación de la asistencia de ciertos servicios son esenciales para garantizar los servicios acordes a las necesidades de los pacientes crónicos. (Herrera, Asencio, Kaknani y Mayor, 2016)

La promoción y la prevención de la salud son las líneas prioritarias en el SNS. Para ello se recomienda la adhesión voluntaria de entidades locales para desarrollar la promoción y prevención de la salud mediante la formación de una mesa de coordinación intersectorial y la identificación de los recursos necesarios a nivel municipal. (Mirales, et al., 2018)

Los gestores de redes tienen una función primordial en el desarrollo y funcionamiento en la atención a la salud en España. Por ello, es importante crear un perfil de competencia para un gestor de redes en la atención a la salud en España y normalizar un programa formativo acorde al perfil competencial.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud se enfoca en 6 áreas de actuación:

1. La promoción, la prevención, y la protección de la salud.
2. El fomento de la equidad
3. El apoyo a la planificación de los recursos humanos
4. El impulso de la excelencia clínica
5. Las tecnologías de la información para mejorar la atención de la población
6. Aumentar la transparencia

(Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social, s.f.)

Por otro lado, en el plan regional de salud de la Región de Murcia se desarrollan 3 ámbitos de actuación: Salud y Población, Salud y Sistema Sanitario, e Implicación paciente y dolencias crónicas.

Las líneas de actuación del ámbito Salud y población son:

1. Promover la implicación de los ciudadanos en su salud fomentando conductas y estilos saludables de vida.
2. Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.
3. Actuar sobre las desigualdades sanitarias que condicionan los resultados desfavorables.

Las líneas de actuación del ámbito Salud y Sistema Sanitario son:

1. Potenciar la Atención Primaria, siendo la base de sistema sanitario y el interlocutor del paciente y gestor sanitario, e impulsor de la salud colectiva.
2. Mejorar la práctica clínica mediante la reducción de la variabilidad, la continuidad asistencial y la seguridad clínica.
3. Fortalecer la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia para fomentar la autonomía de los ciudadanos.
4. Reforzar el sistema de gestión para la mejora de la respuesta de las organizaciones y profesionales.



Las líneas de actuación en la Implicación paciente y dolencias crónicas son:

1. Reforzar el abordaje de las patologías crónicas a partir del desarrollo y la evaluación de las líneas clínicas integrales entre los niveles asistenciales, mejorar la efectividad de los tratamientos paliativos, curativos y rehabilitadores.
2. Promocionar la capacidad e implicación del paciente y su entorno con su enfermedad a través de intervenciones a nivel individual y grupal.
3. Reforzar y mejorar los enfoques de prevención, diagnósticos y de tratamiento del cáncer.

(Conserjería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, 2015)

4. Health Network Manager

Description

If there is an existing definition of Health Network Manager or equivalent in your country, please describe it. Otherwise, use an international definition and mention that there is no existing definition in your country.

Los gerentes de salud en España son los encargados de la prestación de forma eficaz y eficiente de los servicios de salud a la población. Lo que implica la gestión de hospitales, servicios generales de salud y consultorios. Los gerentes de salud colaboran con profesionales de la salud como médicos, enfermeras, científicos, autoridades locales, medios de comunicación, etc. El perfil del profesional debe tener habilidades de liderazgo, organizativas y de planificación, comunicativas, financieras, en tecnologías de la información y comunicación, etc. Los estudios oficiales que permiten ejercer la profesión

Los gestores sanitarios se ocupan de organizar, dirigir, controlar, y coordinar los servicios de salud en los hospitales, clínicas, organismos públicos de salud y similares, para alcanzar la eficiencia máxima del sistema. También establecen las tácticas necesarias para organizar, los objetivos y planes de gestión. (Alamillos y Collazos, 2015). Entre las funciones de un gerente hospitalario, destacan la financiación de la empresa, la dirección y administración del personal, la comunicación, el análisis de la información, la mejora de la empresa y la atención de las relaciones (con el gobierno, junta directiva, clientes o pacientes y proveedores). El gestor debe poseer ciertas habilidades técnicas como capacidad administrativa, técnicas y medios para ejecutar las tareas, capacidad de análisis para usar herramientas para planificar, informáticas o estadísticas; humanas: capacidad para trabajar en equipo; y conceptuales: conocer la empresa, sus departamentos o áreas, reconocer sus elementos, las interacciones de la misma, y los cambios que existen o pueden existir, es decir, comprender la entidad como un conjunto indivisible. Estas habilidades pueden ser alcanzadas mediante la formación o experiencia personal (Heredia, 2013)

4.1. Status Quo in SPAIN



Is there a defined curriculum or are there defined competences regarding Health Network Managers in your country? If yes, please describe it. If there are Health Network Managers in your country, how does their training and education work?

Los directivos tienen dos tipos de perfiles diferentes. Por un lado, los directivos con un perfil de administración clínico, con experiencia y formación sanitarias. Y, por otro lado, los directivos con un perfil más de administración en finanzas, formados y con experiencia en gestión económica. Su capacitación depende del grado del que provengan (Naranjo-Gil, 2016) Además dentro de la formación de los médicos existen programas educativos que forman y fomentan su desarrollo como gestores sanitarios. (Morán, 2013)

Existen programas formativos diversos desde el entorno académico: másteres oficiales y otros cursos formativos de carácter más informal a nivel de postgrado, pero No existe como especialidad reconocida; hay gran influencia de los aspectos políticos. Es una de las funciones reconocidas dentro de la Enfermería y la Medicina.

4.2. Results of the conducted Interviews

Please describe within this chapter the following points:

- *The number of the conducted interviews:* El número de entrevistas realizadas han sido 6.
- *The field of work of each interview partner*

Roberto Ferrándiz Gomis: Doctor, Ingeniero en informática especialidad Gestión, Formación en Alta Dirección empresarial y de Instituciones Sanitarias.

Ha desempeñado los cargos de Director de Gestión y Servicios Generales del Hospital Virgen de la Arrixaca, 3 años. Gerente del Hospital Virgen de la Arrixaca 2 años. Gerente Hospital USP S. Carlos Murcia 2 años, Gerente Hospital USP S. Jaime Torrevieja, 8 años.

Actualmente Subdirector de Desarrollo de Grupo Ribera Salud. Coordinador Académico Máster de Gestión y Planificación Sanitaria UCAM.

Esteban Granero Fernández: Doctor, Médico Especialista en Medicina Interna. Médico de Familia durante 40 años. Formación en Gestión Sanitaria.

Ha desempeñado los cargos de Director Gerente Atención Primaria Área Sanitaria II en Murcia (INSALUD) durante 8 años, Coordinador de diferentes Equipos de Atención Primaria durante 10 años.

Actualmente asesor Gerencia SMS.

Enrique José Ortín Ortín: Doctor, Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Formación en Gestión Sanitaria.



Ha desempeñado los cargos de Coordinador Equipos Atención Primaria en Gerencia Atención Primaria durante 1 año, Director Gerente Atención Primaria Área Sanitaria I Murcia (INSALUD) durante 5 años, Director Médico de dos Residencias Geriátricas durante 14 años.

Actualmente Director-Coordinador Equipo de Atención Primaria y Director Médico Residencia Geriátrica Municipal.

Mariano Guerrero Fernández: Doctor, Médico Especialista en Alergología e Inmunidad Clínica. Amplia y variada formación en Gestión sanitaria.

Ha desempeñado durante 20 años el cargo de Director Gerente en diferentes hospitales públicos del Sistema Sanitario Español (hasta 2004). Experto en Cooperación Internacional al Desarrollo.

Actualmente, Director Escuela de Gestión de Servicios Socio sanitarios UCAM, Director de Catedra de Gestión y Planificación de Servicios Sanitarios UCAM, Secretario General Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, SEDISA, Vicepresidente del Patronato de la Fundación SEDISA, miembro de la Junta Directiva de CEDE: Conferencia Estatal de Directivos y Empresarios y de Asociación Española de Fundaciones. Profesor de Gestión en Grado y Máster en 12 universidades españolas.

Antonio Paredes Sidrach de Cardona: Enfermero, Antropólogo Social y Cultural. Amplia formación en Gestión Sanitaria.

Ha desempeñado los cargos de Supervisor del Área de Docencia, Calidad e Investigación durante 7 años en dos hospitales del SMS, 3 años como Subdirector de Enfermería Hospital Morales Meseguer, 7 años como Director de Enfermería Hospital Morales Meseguer.

Actualmente Coordinador de Enfermería Equipo Atención Primaria, desde hace 8 años.

Aurora Tomas Lizcano: Enfermera, Máster en Gestión de la Calidad de los Servicios de salud. Amplia formación en Gestión Sanitaria.

Ha desempeñado los cargos de Supervisora de Unidad hospitalaria durante 4 años, 2 años como Directora de Enfermería Fundación Hospital de Cieza, Adjunta a la Dirección de Operaciones de Enfermería en el Área de Torre Vieja Salud durante 7 años.

Actualmente y desde 2015 es Coordinadora Regional de Enfermería en la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicios Centrales del SMS.

- *The period in which they were carried out:* El período en el que se llevaron a cabo: El estudio se realizó entre los meses de febrero y junio de 2020
- *Summarize each interview separately in a short paragraph and highlight the main key messages from these interviews*

ENTREVISTA 1:

La figura del gestor de Redes de Atención a la Salud canaliza todas las actuaciones para conseguir los objetivos de la propia organización, por ello, debe existir desde organizaciones más sencillas hasta organizaciones más complejas, profesionales autónomos, unidades de



Atención Primaria, municipios... Los temas que deberían priorizar los gerentes regionales son la prevención, curación y diagnóstico precoz. El uso del copago a más servicios sanitarios, además de la farmacia ambulatoria sería una opción para eliminar la demanda irreal y la falta de compromiso de la población. La formación en atención a la salud no es necesaria para un gestor sanitario porque no desarrolla su labor de forma asistencial. Actualmente existe una potenciación de la promoción y prevención de la salud regional en España, aunque es insuficiente. El paciente crónico complejo debe de estar ubicado en Atención Especializada.

ENTREVISTA 2:

En nuestro entorno sanitario se aplica el modelo de Redes de Atención a la Salud. La integración es una de las tareas principales que tiene que llevar a cabo el gestor sanitario. La estructura sanitaria en España es pública y se organiza en forma vertical y horizontal. El gestor de redes es el encargado de poner los criterios, de abordar los problemas y establecer prioridades. Los gestores son elegidos desde el campo político, lo que provoca una gran disparidad del funcionamiento de unas estructuras en unas comunidades autónomas u otras. El esquema de los determinantes sociales es escaso porque lo importante es la relación del aspecto sanitario con el resto. Las redes pueden ralentizar los procesos de negociación y los consensos, aunque el beneficio que suponen las redes es tan importante que lo compensa. El modelo de redes es el mejor modelo y es imprescindible en la actualidad. La coordinación entre los Servicios sociales y sanitarios es insuficiente. El copago será imprescindible y necesario, debido a la conciencia social que genera y a la mejora de la financiación del sistema. El nivel de Atención Primaria dispone de los recursos suficientes para resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población, aunque debería de poseer más recursos tecnológicos.

ENTREVISTA 3:

El modelo de Redes de Atención a la Salud se aplica parcialmente en nuestro entorno sanitario. Las organizaciones adecuadas para emplear a un gestor de redes como base sería las áreas de salud. Los gestores deben poseer una competencia profesional propia, para ello es necesario la profesionalización del cargo. Un gestor regional de salud debe analizar la situación y establecer prioridades. Las diferencias de los catálogos de servicios sanitarios existen en todos los servicios regionales y en todas las regiones de España. Con la aplicación del copago sanitario se pierde el carácter solidario del servicio público. Los recursos para la atención sanitaria a nivel regional en España son insuficientes y el modelo de financiación actual es insuficiente para la financiación de los servicios sanitarios. tener una titulación sanitaria para completar la capacitación como gerente regional de salud es absolutamente necesario, debido a su complejidad. La mayoría de los gestores sanitarios en España comenzaron su desarrollo profesional sin formación, ni conocimientos previos.

ENTREVISTA 4:

El modelo de Redes de Atención a la Salud en nuestro entorno sanitario se lleva a cabo en ocasiones puntuales, y relacionado con la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada. Las unidades de Atención Primaria son las organizaciones adecuadas para incluir a un gestor sanitario ya que son las estructuras más cercanas a la población. El gestor de redes debe de ser el profesional más completo de toda la red, y por ello es importante su formación. Las redes facilitan y favorecen la difusión de conocimientos de los expertos a la población. La gestión de área unificada es una opción para algunas situaciones, pero no siempre. El copago



debería ser utilizado en casos muy concretos y a modo de penalización ante el uso inadecuado de los recursos sanitarios. El modelo actual de financiación es suficiente, si se reestructuran y se dirigen hacia las necesidades, ya que los recursos son limitados. Las nuevas tecnologías son una herramienta esencial para aplicar las redes de salud. El nivel de Atención Primaria no cuenta con los recursos suficientes para resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población, aunque cada vez hay más recursos.

ENTREVISTA 5:

Las Redes de Atención a la Salud no se encuentran desarrolladas en todos los contextos debido a que el ámbito social y asistencial se encuentran sectorizados. El trabajo de los administradores de redes regionales de salud se relaciona con las dimensiones de salud física y se dejan de lado el resto. Las redes no favorecen la difusión de los conocimientos de los expertos a la población. Las redes pueden ralentizar los procesos de negociación y los consensos sobre todo a la hora de tomar decisiones debido a la participación de gran cantidad de actores. El modelo de gestión unificada no siempre da respuesta a las necesidades de integración de los servicios sanitarios. no existe suficiente coordinación vertical entre los dos niveles asistenciales. La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios es inadecuada. El copago se debería aplicar ya que influye en el uso eficiente tanto de los profesionales como de los pacientes.

ENTREVISTA 6:

El modelo de redes de atención a la salud está comenzando a desarrollarse en relación a la Atención Primaria y Atención Especializada. La salud poblacional es una de las tareas principales que deben cumplir los administradores de redes de salud en España. El administrador de la salud debe conocer todas las dimensiones de salud. Los temas que deberían de priorizar los gerentes regionales de salud serían realizar un análisis de la salud de la población, un plan de salud y prestar los servicios de forma eficiente. Para estar capacitado como gerente de salud regional es necesario tener las competencias, el título no es importante. Existen máster de formación en gestión. Los problemas clave para los administradores de redes de salud regionales al desarrollar una región de salud son fundamentalmente organizativos. Las asociaciones son necesarias para crear estructura social, pero solo a nivel colaborativo.

- *Summarize the interviews in relation to the research questions*

REDES

¿Qué tareas y actividades principales deben cumplir los administradores de redes de salud en ESPAÑA?

E1: Sobre todo, el desarrollo de los objetivos de dichas organizaciones, que deben de buscar la mejora en la atención a los pacientes. Intentar es complicado, pues influir en la mejora de la salud de los ciudadanos.



E2: Básicamente la integración, yo creo que lo que tiene que hacer es tener muy claro cuál es el objetivo, la meta del sistema. La meta del sistema no puede ser otra que mejorar indicadores de salud, mejorar indicadores de calidad de vida, tener criterios claros en base a eso, fijar unos objetivos, que ya están fijados, desde la OMS, que están fijados por las estructuras políticas, y a partir de ahí, en base a esos objetivos, trabajar. Y para plantear esos objetivos hay que construir hacia atrás, y lo que tenemos es lo que tenemos, intentar integrar en esas redes, con el fin de hacerlas más eficaces y más eficientes, ósea que se acerquen más al objetivo propuesto y a un coste razonable es lo que tiene que intentar hacer un gestor de redes.

E3: Entendido con la definición que me has aportado ahora y la que he leído, a mí me parece que los administradores de esas hipotéticas redes deben cumplir pues con eso objetivos fundamentales, la de integración de servicios, la de integración detemporal, la del manejo de todas esas circunstancias, que, plantean la consecución de los objetivos de las redes, que es poner en contacto e integración toda esa serie de actividades, de niveles, de servicios, que me parecen muy interesantes desde el punto de vista de la mejora y el mantenimiento de la salud ciudadana.

E4: Deben ser actividades generadoras de flujos entre los diferentes integrantes de la red y con suficiente conocimiento con los diferentes niveles asistenciales. Y sobre todo la estructura social, así como capacidad de liderazgo que tengan para gestionar la interacción de dichos niveles.

E5: Supongo que muchas, desde la prevención, coordinar todos los niveles de asistencia, búsqueda de necesidades de salud de los ciudadanos, compartir recursos, destinar ciertos recursos donde haya más necesidades, tenemos muchas tareas.

E6: Tareas centradas en la salud poblacional.

¿Qué organizaciones serían adecuadas para emplear a un administrador regional de redes de salud en _ ESPAÑA _? (p. ej., municipio, unidades primarias de salud, profesionales autónomos, etc.) ¿Desde qué organización de las que pueden integrar una red de salud sería adecuado incluir a un administrador?

E1: Probablemente las funciones, las tareas y las problemáticas son similares, aunque, la estructura sea mayor, cuanto mayor es, pues a lo mejor los problemas son similares, aunque la repercusión es más grande. Entonces yo creo que en cualquiera de ellas tiene sentido que



exista esa figura. Probablemente lo que ocurre, que tiene que haber un escalado, es decir, que, de organizaciones más sencillas, a más complejas.

E2: Bueno yo creo que la idea general en España es que la estructura sea pública, la base. Y en base a esa estructura pública se establezca desde abajo a arriba en forma más o menos piramidal o más o menos horizontal, todos los indicadores que cada uno de esos sistemas, de esos servicios, de esos componentes, tiene que realizar su trabajo. En España, lo que tenemos es un servicio público con unos gestores a nivel de comunidad autónoma, que tienen esa función. Quizá, adolecemos de que la estructura privada no siempre ha estado correctamente integrada dentro del sistema. Los indicadores que ha generado en salud esa estructura privada, con mucha frecuencia no son conocidos, a nivel general, en qué medida mejoran la salud pública del conjunto o la situación de salud del conjunto de la población. Quizá la única cosa que tenemos es esa desintegración entre comillas de la estructura privada, salvo momentos como los de ahora, que hay una integración aunque sea por una situación especial como la del Covid, que ha roto un poco esa dinámica, pero la dinámica general en España creo que está bien planteado, una estructura pública que controla el conjunto y que tiene algunas partes de lo que es el producto sanitario que no controla tan bien, porque dependen de estructuras privadas que muchas veces dependen de los ayuntamientos, de la administración local. Y eso se queda como un poco periférico y no siempre integrado dentro del conjunto de servicios.

E3: A mí en la situación actual en España, me parece que claramente los servicios regionales de salud, la distribución geográfica poblacional que digamos, el momento actual obteniendo como base las áreas de salud.

E4: Yo creo que la organización adecuada serían unidades de atención primaria, que son las más cercanas a la población y que pueden conocer en mayor medida su estructura familiar y sobre todo los grupos de riesgo, así como las necesidades que tienen esos grupos de riesgo. También podríamos hablar a nivel de ayuntamiento, que tan bien es lo más cercano y se pueden detectar muchas necesidades sociales y sanitarias que no llegan de otra forma.

E5: Yo creo que las entidades municipales pueden aunar quizá todos esos recursos, y estableces esas redes entre la parte social, al parte municipal y la parte sanitaria, yo creo que los cuerpos y fuerzas de seguridad, todas las asociaciones, yo creo que en los municipios se pueden establecer redes que realmente al final repercutan en una mejor salud para la



población, sería en las entidades municipales donde quizá pueda centralizar más que los sanitarios, más que otro tipo de entidades ajenas a lo que es una administración local o una administración pública.

E6: Pues sobre todo que tenga formación en gestión sanitaria, el sentido común es muy interesante, pero solamente sirve para los primeros meses, luego hay que tener una formación en planificación sanitaria, en análisis de resultados de salud, y también tener dotes organizativas, ante todo centrar la salud como elemento fundamental, ya que los servicios sanitarios son un instrumento, pero el fin es la salud.

A mí me gusta más la palabra gestor de salud. Debe haber gestores sanitarios con una visión más estratégica y otros con una visión más operativa. Pero deben de formar exactamente igual que el resto de organizaciones sanitarias, deben formar una red de gestores sanitarios estratégicos y gestores sanitarios operativos con gestores sanitarios clínicos y que todos deben estar integrados dentro de un mismo objetivo.

¿Qué importancia tienen los administradores/gestores de redes de salud para la atención de salud regional en _ ESPAÑA?

E1: Entiendo que el papel de los administradores en las redes de salud sanitarias es básico, porque son las que canalizan todas las actuaciones para conseguir los objetivos de la propia organización. Entiendo que cualquier organización, en este caso, también de redes de salud, requiere una estructura directiva que requiere un administrador o un gestor en esta área.

E2: Yo creo que son básicos, y son quién ahora mismo sientan los criterios, no solamente partir de qué situación tenemos, sino cómo abordamos los problemas y en qué medida establecemos prioridades y control de calidad de lo que se está haciendo. Ósea, que esos indicadores que son los que realmente tenemos que valorar, en qué medida estamos consiguiendo que las cosas mejoren o no, quién lo tiene centralizado ahora mismo son los gerentes regionales, y en el último extremo en un ámbito ya más político los consejeros, que creo que ahora mismo son la base. Si el sistema funciona desde arriba, la estructura funciona en general.

E3: Yo creo que en este momento es alta y fundamental, en el momento actual los gestores de lo que podríamos considerar las redes de salud, que sería la gestión de los servicios sanitarios de las áreas tienen una enorme importancia y trascendencia en la población.



E4: En el caso de que existieran redes de salud como tal, sería muy importante la posición de objetivos comunes, sin estos administradores no sería posible casi nunca poner de acuerdo a los diferentes niveles asistenciales y la coordinación entre estos integrantes de la red.

E5: Tienen mucha importancia porque si queremos de verdad que la salud sea un todo, sabemos que hay muchos factores que determina. La salud no es solamente el sistema sanitario sino otros muchos que influyen muchísimo más, es fundamental.

E6: Sin duda, fundamental.

¿Con qué dimensiones de la salud cree que se relaciona el trabajo de los administradores de redes regionales de salud en _ ESPAÑA _? [Si el encuestado tiene dificultades para responder la pregunta, enumere las dimensiones: física, social, mental, espiritual, emocional o sexual]

E1: No, yo he sido administrador de la región de salud y el tema sexual..., emocional sí, porque trabajas con personas, sin van por ahí los tiros..., pero sexual, no.

E2: Bueno básicamente la sanitaria, la educación de salud, la integración emocional, pues tan bien en alguna medida. Yo creo que abarca muchos ámbitos, tantos como abarca la propia medicina, lo que el profesional sanitario abarca dentro de sus consultas más los aspectos sociosanitarios que llevan trabajo social o unidades de apoyo administrativo, en ese sentido. Pero vamos básicamente en lo que nos centramos es en la prevención, por un lado, cada vez más y en la atención del día a día, la atención al problema, a la demanda asistencial que tenemos. La base es esa y hay muchas cosas que se van coordinando, que se van encaminando, pero digamos que el problema para mí es la uniformidad, dependiendo del sitio donde estés, la ubicación geográfica o incluso el área sanitaria que estés, y tan bien en la comunidad autónoma, los servicios difieren un poco, indudablemente no es lo mismo estar en un sitio próximo a un hospital, que estar en un sitio más lejano, pero bueno, básicamente la idea general va un poco hacia el aspecto de prevención y atención a la enfermedad.

E3: Pues yo diría que con todos los niveles que hemos hablado, desde el punto de vista de poder hacer tanto intervenciones preventivas como curativas o de cuidados como en la integración desde los diferentes servicios, como en el aseguramiento de que se hace una vigilancia sobre la salud desde el punto de vista continuado en el tiempo, incluso entre la transmisión del poder político, con las normas políticas que dé para hacerlo realidad en su implantación en bases poblacionales. A mí me parece que eso son las dimensiones de salud



que toca hoy por hoy. Y deja sin tocar otras naturalmente: todo lo relacionado con salud alimentaria o con salud vial, o con otro tipo de problemas de tipo psico, posiblemente sociales o familiares pues no las toca con tanta intensidad.

E4: Sobre todo, a todos los niveles, es decir, hablo como enfermero que soy, y estamos acostumbrados a tener una formación poco más de conjunto de lo que son las necesidades de la población. Entonces yo creo que todos los aspectos de la población tienen que ver y tiene que ser integrados en esas necesidades, en sus recursos, en eso es en lo que tendría que ver, que el administrador de esa red de salud tiene implicación, no sólo hablamos de patologías, no hablamos solamente de comunicación, hablamos de aspecto sociales, mentales, de aspectos de estilos de vida, tienen que ser una cosa mucho más amplia, que de lo que realmente es hablar de patología. Actualmente o muchas veces se ha centrado solamente las necesidades de salud del paciente o de la población.

E5: Se dedican más a la parte física y dejan a un lado otros aspectos, que también habría que contemplar. Focalizamos en lo que es la salud física y no en las demás, no consideramos todos los demás aspectos.

E6: Yo creo que el gestor sanitario debe de conocer todas las dimensiones que hay sobre la salud, sus componentes, sus aspectos más físicos, sobre todo los más sociales, ya que el gestor sanitario lo que debe de centrarse fundamentalmente es en el concepto de salud poblacional. Ya que el concepto de salud individual lo llevan los clínicos cuando ven a un paciente. Ósea que sería en un concepto más psicosocial, centrado fundamentalmente en este nuevo concepto que se llama, salud poblacional.

¿Con qué organizaciones y partes interesadas deberían trabajar / cooperar los gerentes de redes de salud regionales en _ ESPAÑA _?

E1: Con actores que participan en asociaciones de pacientes, los pacientes dentro de las asociaciones, con la industria, con los proveedores, con lógicamente con las estructuras formativas, universidades, instituciones, ayuntamientos. Con actores que participan en asociaciones de pacientes, los pacientes dentro de las asociaciones, con la industria, con los proveedores, con lógicamente con las estructuras formativas, universidades, instituciones, ayuntamientos. Con cualquier estamento dentro de la red, hospitales, centros de primaria,



centro de salud mental, lógicamente con cualquiera de las unidades que forman parte de esa red.

E2: Yo creo que el problema es la integración, las ordenanzas a nivel de gobierno a nivel general, de país, las ordenanzas regionales, y las ordenanzas locales, yo creo que el tema, más importante es la integración en las mismas líneas de trabajo. El aprovechamiento de todos los recursos de una manera más uniforme, que no tengamos unas cosas que vienen desde el gobierno central, otras cosas que están aisladas a nivel local. Intentar la integración yo creo que es la base. Con quién más, pues evidentemente lo que tienes que tener es una relación social, socioeconómica, yo creo que hay muchos recursos fuera de lo que es la estructura pública, qué también podría aprovecharse, qué podrían integrarse, tanto en aspectos de investigación, en aspectos de productos sanitarios como decía antes en el caso de la medicina privada, en el caso de empresas creo que hay una cosa que no se aborda adecuadamente y podría ser interesante, y es que los aspectos de investigación de uso de recursos, de material, que puede dar lugar la empresa privada, podrían ser a lo mejor, elementos de financiación, de mejora de los recursos, de alguna manera obtener muchas sinergias, entre lo que ahora mismo es lo privado y lo público.

E3: Enlazando con la respuesta anterior, yo te comentaría que desde mi punto de vista hay algunas que están realizándose claramente, como lo he enunciado antes, y deberíamos extenderlo a mantener contacto e integración con otras organizaciones u otros niveles que se dediquen a el manejo de acreedores de tipo o social, o de tipo psicológico o de tipo familiar en los que hoy no llegamos. Considero quizá menos trascendentes situaciones en las que determinantes de tipo espiritual o emocional pudieran repercutir sobre la salud, que, desde mi punto de vista quedaría un poquito fuera del ámbito de un organizador de redes o de control de salud a través de redes.

E4: Básicamente con los equipos de atención primaria, con los centros de especialidades, que están así como un poco olvidados y parecen que son como si dijéramos el paso intermedio entre el nivel hospitalario y el nivel de primaria, las comunidades de farmacia comunitaria, asociaciones de vecinos, voluntariado, ONG, ayuntamientos, como hemos comentado antes, es decir, todas esas clínicas privadas que están en a la zona de salud, todo ese tipo de estructuras son las que tendrían que tenerse en cuenta a la hora de establecer una red de salud importante.



E5: Prácticamente con todas, desde lo que son las asociaciones con los sistemas sanitarios, entidades locales, con los cuerpos y las fuerzas de seguridad del estado. Yo creo que si de verdad se quiere tejer una red deben de tenerse en cuenta todos, con educación, fundamental el trabajo, con las conserjerías o los centros educativos, básico y fundamental. Hasta con las industrias que hay en la región. Yo creo que todos esos gestores tienen que tener en cuenta a todos.

E6: Con las autoridades sanitarias, claramente, pero también hay que trabajar con las organizaciones clínicas y de enfermería. Los gestores sanitarios están entre la autoridad sanitaria y la autoridad clínica. Ese punto intermedio es donde están los gestores sanitarios.

¿Qué competencias y cualificaciones necesitan los gerentes regionales de salud en _ ESPAÑA para poder realizar las tareas / actividades centrales mencionadas anteriormente?

E1: La capacidad de toma de decisiones, la capacidad de trabajar en equipo, la capacidad de liderar una organización, la capacidad de enfocar, en fin, bien los problemas, la capacidad de ir al problema, a focalizar bien esa situación, a la capacidad de trabajar los objetivos, estos son competencias.

Y cualificaciones, actualmente en nuestro sistema, conviven, titulaciones, ahora no sé cómo se llaman, antes eran de grado medio, grado superior, titulaciones universitarias...

E2: Lo que ahora mismo necesitan, pues básicamente que sean elegidos desde el campo político, tener una preparación, evidentemente, pero en realidad, la designación, son cargos de libre designación donde no hay una oposición clara o una forma de llegar en base a unos méritos claramente establecidos. En este momento la situación está así, por eso hay mucha disparidad de la forma de funcionamiento quizá de unas estructuras en unas comunidades autónomas u otras. En la medida en que los cargos están más preparados creo que también generan dinámicas mucho más beneficiosas y mucho más profundas.

Las cualidades (gestión, liderazgo, investigación, tecnologías sanitarias, comunicación) son imprescindibles, el sector de salud tiene que tener una visión general de la situación, tiene que conocer el sistema, tiene que saber vender el producto sanitario, y tiene que entender la calidad con la que da ese servicio, tiene que ser a un coste, y evaluar y valorar. Eso exige personas muy preparadas y con cierta experiencia. No es para personas sin formación adecuada, un gestor de hospital, como puede ser una ciudad sanitaria está gestionando un



recurso ingente, con 5- 6- 7 mil personas trabajando en ese hospital. Eso es un porta-aviones, ósea eso es una cantidad brutal de recursos, los que se generan, quién maneje eso tiene que saber cómo, tiene que saber qué es, tiene que saber por qué, responder a las preguntas y establecer prioridades. No vale cualquier persona, tiene que tener una formación muy clara y una idea muy clara de hacia dónde llevar ese gran portaviones.

E3: A mí me parece que más allá de entrar en el curriculum específico de lo que tendría que saber un gerente o una administrador de regiones que para mí en este momento y en la teoría son equivalentes, la característica fundamental es que haya un compendio de procedimientos establecidos que puedan servir a ese tipo de personas, a ese tipo de administradores o gestores para tener una competencia profesional propia, es decir, profesionalizar en el aspecto de gerente o gestor de salud o de administrador de redes de salud, profesionalizar.

E4: Yo creo que como hemos hablado antes, es decir, debe ser posiblemente el profesional más completo de toda la red, es decir, debe ser un profesional que esté implicado, es una persona que tiene una labor muy complicada y muy difícil, y es muy difícil encontrar ese profesional, que aparezca de una generación espontánea. Por lo que yo creo que se debería formar previamente para poder acceder a ese puesto de trabajo.

E5: Sobre todo, formación en gestión, formación en tecnología, formación en medio ambiente, debes tener una cualificación muy amplia, no solamente en gestión sino también en muchos otros aspectos, sobre todo si van a gestionar la salud. Deben tener una formación y una experiencia y sobre todo una capacidad de mirar más allá del conocimiento, sobre todo los recursos que tenemos. Deberían tener muchas cualidades no sólo al de saber gestionar.

E6: Tienen que tener sobre todo formación y experiencia. Tienen que tener formación en gestión sanitaria, en programas acreditados sanitarios, experiencia, al principio hay que ir cogiéndola y competencias adecuadas.

¿Qué determinantes de la salud son importantes en términos del trabajo como administrador de la red regional de salud en _ ESPAÑA _? [En el sentido del modelo determinante según Dahlgren y Whitehead, 1991 - Si el entrevistado tiene dificultades para responder la pregunta, muestre el modelo en forma impresa.]

E1: Un gestor de salud no tiene ninguna capacidad de influir en la calidad de las viviendas, ni en el saneamiento, ni en el desempleo. No tiene ninguna influencia, actualmente, de todo esto



quizá, puede tener algo de influencia en la educación, porque puede de alguna manera potenciar o fomentar educación a los pacientes, cosas de pacientes, esto sí que puede hacerlo, pero desde luego el resto de cosas.... De aquí entiendo que servicios de salud, y educación. Hombre ambiente del trabajo, pero de los trabajadores de las redes de salud, no del resto de los ciudadanos.

E2: El famoso esquema de los determinantes se queda un poco corto en alguna medida para mí, porque al final, lo que estamos hablando es del aspecto sanitario y como se correlaciona o como se relaciona con el resto. En los aspectos de los servicios de salud lógicamente es la atención a la estructura y al cómo funciona esa estructura. Evidentemente, esa estructura y si valoras la salud de una manera más genérica, pues incluyes muchas cosas, y evidentemente condiciona el desempleo, o condiciona el nivel de agua, o la alimentación, pero evidentemente son anexos, que rodean al conjunto pero que no es la atención directa. Creo que ese gerente, esa estructura, esa dirección, ese gestor o administrador, como queramos llamarlo, administrador siempre va más referido a lo económico, gestor parece que es un poco más lo global. Lo que tiene que hacer básicamente es controlar su propia estructura y al mismo tiempo tener referencia de lo que está ocurriendo alrededor, en el ámbito político, en el ámbito administrativo, a nivel alto, pues lógicamente, lo que estamos llamando administrador de redes sanitarias, pues también debería de ser responsable de la gestión de redes a otro nivel, a nivel de educación, a nivel de ambiente de trabajo, a nivel de lo que sea, de otros aspectos. Indudablemente todo eso también influye en la salud, pero creo que lo que no podemos pedir a un gestor sanitario es que controle otro tipo de cosas, en el mejor de los casos, lo que más que podrá tener es considerar cual es la situación general para establecer... o considerar la situación general para ver si su capacidad económica, su nivel de manejo económico le permite hacer o no determinadas cosas o implantar determinada tecnología, que al final es lo que cuenta, más allá creo que no debería, aunque tiene que estar en condiciones de entender la situación general.

E3: A mí me parece que, sí que sería hasta bueno que, además de todo lo mencionado, aspectos tales como poder integrar en el modelo de mantenimiento y conservación de la salud a aspectos de condicionantes como los alimentos o el ambiente educativo o las condiciones laborales, o las condiciones sociales, esas cuestiones junto con probablemente la vivienda me



parecerían fundamentales, de manera que formaran parte de las competencias o de los escenarios que debiera integrar un administrador de redes.

E4: Yo creo que es importante los factores relacionados con los estilos de vida, todos los estudios indican que la mayor parte de los beneficios que tiene el nivel de salud de la población sobre los estilos de vida de esa población, pero tan bien tendría que tener en cuenta aspectos como las condiciones socioeconómicas, las soluciones ambientales y eso en los ayuntamientos, y las asociaciones tienen mucho que ver en ese tipo de información. Sobre todo, para llegar a las poblaciones de riesgo o especialmente vulnerable en algunas situaciones muy concretas, situaciones como problemas con complejidad, problemas sociales complejos, sin redes asistenciales y sociales que puedan apoyar en la mejora de la población, es decir, debería de ser una visión más global de lo que se está haciendo, o se puede hacer ahora mismo con lo que tenemos y con los recursos.

E5: Yo creo que es fundamental lo que es el medio ambiente, donde la persona vive, las condiciones de la vivienda, la salubridad, más invertir lo que es el empleo, la educación. Invertir en la educación yo creo que nos da otras expectativas de salud que quizás si los poderes públicos o los gestores no invierten en que la población tenga ese acceso a la población al final vamos a tener muy mala salud, ósea que yo creo que todo influye, pero sobre todo las condiciones en las que vive y al educación yo creo que para el individuo es fundamental, el derecho o el tener una buena educación a la persona le va a cambiar su expectativa de vida y vamos sobre todo una mejor salud. Yo creo que es bastante importante lo que es la educación y el entorno, el barrio, el saneamiento, las buenas condiciones de higiene, más que tener buenos hospitales, o un centro de salud cada 2km. Es más importante invertir en las condiciones de vida de las personas, favorecer el empleo, una buena educación te da posibilidades de mejor empleo, de tener más posibilidades económicas para cuidarte, vivir en un barrio donde el aire sea limpio, donde tengas espacios verdes, todo eso condiciona pues que tengas una mejor salud. Muchas veces es eso, no somos los sanitarios los que tomamos ese tipo de decisiones, para favorecer que nuestro entorno sea más favorable para gozar de una buena salud.

E6: Hay dos partes muy importantes, uno está relacionado con la promoción de la salud y el otro está relacionado con la eficiencia de los recursos sanitarios.



¿Qué temas deberían priorizar/analizar los gerentes regionales de salud en _ ESPAÑA _? [Si el encuestado tiene dificultades para responder la pregunta, dé ejemplos: tipo de grupos objetivo, entornos, comportamientos ...]

E1: Donde debería de focalizarse uno es, los gestores de salud, me parece que están muy enfocadas en la producción. Entendiendo que producción, hacer diagnósticos, y hacer terapéutica, ayudar a que tu organización, bueno lo que hemos dicho antes: hay una labor preventiva, a ser posible que la enfermedad no llegue al paciente, cuando llega al paciente, pues un diagnóstico, precoz o rápido, cuando he hecho eso pues una actuación rápida, hay un trabajo orientado a prevención, reducción, diagnóstico precoz o rápido, para una actuación rápida. En principio, creo yo que es lo que mejor puede hacer ante un paciente. Pero quizás, por encima de eso, lo que debería haber es capacidad de ver cómo influye eso en la salud de los ciudadanos. Ósea, no está claro, creo que no está claro, los indicadores que midan la relación entre las cosas que hacemos en las redes de salud, y la salud de los ciudadanos.

E2:

E3: A mí me parece que lo fundamental debe ser un gerente regional de salud, por llamarlo como se menciona en la pregunta, debe hacer dos grandes cosas: uno analizar la situación que tienen las diferentes competencias que bajo su responsabilidad pueda tener y una vez analizado, establecer prioridades en cuanto a cuáles de esas situaciones están distorsionadas, y en función de la importancia que le demos, corregir esa distorsión que después del análisis hemos detectado.

E4: En primer lugar, creo que deberían de conocer la estructura de integración de a la red, es decir, no se puede empezar a trabajar sino se conoce realmente con lo que se cuenta. Y analizar los objetivos comunes, que hay que saber que puedan llegar a cuestionarse, que líneas de comunicaciones existen entre ellas. Es importante que se sepa qué componentes tiene esa red o puede tener esa red, qué coherencia y que objetivos comunes puede tener esa red, sino es imposible que se lleve a cabo.

E5: Deben de hacerle una foto al entorno, a la población, que problemas de salud tienen, por qué están derivados, lo que se dice una análisis de la situación de la población, condiciones del barrio, de higiene, de espacios abiertos, desempleo, grupos marginales, rendimiento educativo, grupos de población de inmigrantes, yo creo que lo que es la parte estructural y un



análisis de cómo vive a población y los problemas de salud más importantes que tienen y buscar un poco más allá de lo que es el concepto de salud/enfermedad, biología, sino ver un poquito más allá, es lo que le va a permitir tomar decisiones y realmente si quiere establecer o hacer algún cambio.

E6: Primero hacer un análisis de la salud de la población, segundo hacer un plan de salud y tercero exigir que los servicios sanitarios que se prestan sean eficientes, pero no solamente los sanitarios, tenemos que dar un paso muy importante en lo que es la promoción sanitaria.

PERCEPCIÓN GENERAL

¿Qué opina sobre el sistema de salud actual a nivel regional en _ESPAÑA_? [Provisión de ofertas de salud, superación de barreras de acceso, ofertas para grupos objetivo que son difíciles de alcanzar, transparencia de las estructuras en el sistema de salud, etc.] Califique también en una escala del 1 al 10 (10 = excelente, 0 = muy malo).

E1: Bueno, yo creo que hay un nivel de atención razonable, hay un nivel de prestación, razonable. El sistema lo que demuestra es que, a mayor recurso, mayor demanda, yo creo que en general la valoración es positiva. Un 7, 7,5.

E2: Creo que tenemos un buen modelo y un buen sistema, con el gran problema que es la inequidad que supone la localización geográfica en muchos casos y quizá tan bien en alguna medida cuando en el ámbito político interfiere de manera importante. El modelo sobre el papel creo que es difícilmente mejorable sobre el papel, la aplicación siempre tiene puntos débiles, se ha avanzado mucho en los últimos años, queda mucho trabajo tan bien por hacer, pero creo que en general nuestro modelo funciona porque se basa precisamente en las redes, se basa precisamente en la integración de los modelos asistenciales y en la coordinación con los niveles sociosanitarios.

Sobre el papel de 8-9, sobre la realidad pues un 6,5, porque el gran problema que tenemos es la inequidad y la distorsión tan grande que produce la sectorización por parte de las comunidades. El no funcionamiento del consejo general de salud a nivel de estructura de estado. Creo que eso genera inequidades importantes, diferencias muy importantes en cuanto lo que es la financiación y eso tan bien se manifiesta muchas veces, lógicamente, en capacidad de manejo y en posibilidades de establecer soluciones.



E3: Pues a mí me parece que en España y actualmente, los servicios de salud están muy bien posicionados, muy bien considerados, y la mejora de la gestión debe ser una prioridad absoluta.

Yo considero que estaría a un nivel entre el 7 y el 8.

E4: Yo creo que es bastante mejorable, está bien, pero es bastante mejorable. Lo que te he comentado antes, en situaciones como las que estamos viviendo ahora que aprecia que todo iba bien, que todo era perfecto, ahora se ve que había muchas situaciones en las que se puede mejorar bastante, no estamos mal, pero hay muchos focos, en los cuales habría que pararse muchísimo, y es bastante fácil identificar en las situaciones de crisis las mejoras que se pueden hacer y dónde tendríamos que trabajar.

Entre un 6-7.

E5: Yo creo que aquí estamos invirtiendo mucho en lo que a la larga no nos va a aportar valor, yo creo que en el momento en que una parte del presupuesto se quitó a lo que es la parte de salud pública, prevención y promoción de la salud, ahí estamos fallando, ahí lo estamos haciendo mal, luego hay otra parte también de lo que es la atención paliativa que tampoco se está haciendo bien. Ósea se está haciendo una política, una atención sanitaria pues poco coherente con lo que tenemos y con lo que nos viene, entonces la parte social del cuidado de los mayores, de la prevención de atención de problemas crónicos..., ahora mismo estamos invirtiendo mucho dinero en alta tecnología, en medicamentos muy caros, que al final no está aportando tanta salud a nuestra población. Está aportando para algunos grupos en concreto, también a veces muy discutible, pero no para aumentar la salud de la ciudadanía. Ahora mismo, problemas muy importantes como es el tabaco o la obesidad, y para eso no se invierte dinero, sin embargo tenemos medicamentos carísimos, tratamientos tecnológicos hipercubos, o fármacos para oncología, para que una persona tenga una supervivencia de muy poquito tiempo, que destinados a programas de prevención o para población infantil, adolescentes, determinados grupos que tienen menos acceso a la salud..., sería mucho más rentable y mucho más eficiente que donde se está invirtiendo, en la última técnica quirúrgica o en el último aparato que te hace escáner maravilloso. Yo creo que eso es lo que fallamos, que lo que es la parte que de verdad va a aportar a largo plazo no invertimos.

Un 6.



E6: Yo creo que estamos en un momento excelente, lo que pasa es que falta una planificación estratégica de los sistemas sanitarios en España. Y la coordinación entre los sistemas sanitarios de las 17 comunidades autónomas. Un 10.

FINANCIACIÓN EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

¿Qué opina de los recursos para la atención sanitaria a nivel regional en _ ESPAÑA _? [recursos materiales, fondos del proyecto adquiridos, conocimiento e información, recursos sociales]

E1: Me parece que son limitados, lo que pasa es que, si miras para atrás, hay más recursos que había y parece que el nivel de respuesta y satisfacción no varía en el tiempo. Lo que te decía antes, que cuantos más recursos hay, más demanda hay.

E2: Los recursos siempre son insuficientes, en principio, siempre serían necesarios muchos más, creo que son suficientes. Aunque en situaciones de crisis como las que tenemos ahora mismo pues cualquier situación como esta es insuficiente. Creo que tenemos una muy buena atención y muy buenos recursos para la atención urgente del paciente crítico, y no tenemos tan buenos recursos para la atención al paciente crónico. Creo que ahí es donde adolece un poco, donde nos falta. Los recursos son suficientes para obtener unos buenos indicadores comparados con otros países, insuficientes en la atención al paciente crónico que es el que realmente genera quizá, más dificultad de atención a lo largo del tiempo, en esa continuidad. Creo que tenemos una muy buena organización a nivel del paciente crítico.

E3: A mí en general me parecen insuficientes, pero no por una frase hecha, me parecen insuficientes atendiendo simplemente a un hecho, que en la actualidad en la que vivimos actualmente nos lo explica con mucha claridad. Desde la crisis económica de hace aproximadamente 10 años, la financiación de los servicios sanitarios no sólo se ha estancado, sino que ha disminuido. Dándonos cuenta los no profesionales en momentos como ahora en que necesitamos los servicios sanitarios y los necesitamos de forma extraordinariamente vital, nos damos cuenta que no estar bien financiados está originando muchos problemas, que los objetivamos cuando los recursos necesarios, los recursos financieros, no sólo se han necesarios, se han imprescindibles para salvar cosas más trascendentes, que incluso la propia salud.



E4: Yo creo que hay muchos recursos a disposición pero que están mal dimensionados y con espacios estanco. Por ejemplo, no hay una flexibilidad presupuestaria, si en un momento dado los recursos materiales son necesarios y no hay presupuesto para esos materiales, se podría utilizar para eso. Lo que me preocupa es que estamos tan estancados con respecto a lo que son los recursos de atención sanitaria, que en gestión de esos recursos administrativamente no tienen posibilidad de flexibilizar la utilización de esos recursos. Es decir, para mover unos recursos de un lado a otro cuesta muchísimo trabajo y luego en función de la necesidades de la población, sino en función de la capacidad administrativa que tengas para movilizar esos recursos, las acciones sociales o sindicales, de que incluso el trabajador o los trabajadores quieran o no quieran realizar ese trabajo, por ejemplo, el hecho de movilizar ahora con el tema de la crisis, si se hubiera tenido que hacer como se ha hecho en Madrid, movilizar recursos de un centro sanitario a otro, pues eso en otros momentos que no sean en momentos de crisis no sería posible, aunque las necesidades existieran. Podemos tener recursos sin utilizar o infrautilizados en un lado y en otros sitios hacer falta recursos y eso hace que haya unos focos de ineficiencia bastante importantes.

E5: Yo creo que es excelente, los recursos sociales yo creo que el presupuesto que debería de ir a esa parte se destina a lo que es la parte más sanitaria más de tecnología, no de investigación, que esa parte no se le puede quitar más de lo que se le ha quitado, pero la parte tecnológica, medicamentos, de ahí no lo hacemos muy bien, no somos de verdad eficientes y eso tampoco está repercutiendo en que tengamos unos mejores indicadores de salud. Yo creo que esa parte es lo que falla y que cada CC.AA. tiene sus presupuestos, tiene su independencia para gestionar, sí que es verdad que hay diferencias entre el tipo de atención que se da en una comunidad a otra. Hay una cartera común pero luego cada CC.AA. gestiona y da otro servicio que es diferente, y tiene también las circunstancias diferentes.

E6: Deberíamos hacer dos cosas, por un lado, deberíamos de incrementar el porcentaje del producto interior bruto dedicado a sanidad, pero no para seguir gastando igual sino para abastecer necesidades de los ciudadanos que a día de hoy no están cubiertas. No para gastar más, o para hacer cosas nuevas, pero a la vez también tenemos que intentar ser más eficientes, sabemos que parte de la asistencia sanitaria que se está dando no aporta salud, y no deberíamos de hacerlo. Hay también un proceso de fascinación tecnológica, por parte de los ciudadanos y esto evidentemente es caro y además no aporta ningún beneficio.



FORMACIÓN EN GESTIÓN Y TRABAJO EN REDES

¿Qué requisitos son necesarios para completar una capacitación como gerente regional de la red de salud? / ¿Es necesario tener una titulación sanitaria para completar la capacitación regional como gerente de salud?

E1: Ahora mismo ninguna. Yo creo que uno tiene que tener unos conocimientos que permiten convivir o estar en mejores condiciones para la toma de decisiones, ósea, debes de conocer pues elementos de organización, de legislación, pero también de gestión de recursos, ciertos criterios de tipo económico, tecnológico, en fin, debes de saber, de poder moverte en organizaciones complejas de conocimiento y por tanto, tener conocimiento que te permita..., si tú no tienes un conocimiento es difícil que puedas ponerlo encima de la mesa para tomar decisiones. Y luego tienes que tener ciertas competencias, que decíamos antes, oye puedo estar muy preparado, pero si estoy todo el día analizando las cosas y no tomo ninguna decisión... pues mal asunto. E2: Capacitación sanitaria específicamente no. De hecho, hay gestores ahora mismo que no son sanitarios: economistas, abogados, sanitarios como tal, no necesariamente.

E3: En coordinación con lo que dije al principio de las preguntas me parece absolutamente necesario, es decir, que un mundo complejo como el que estamos hablando e incluso si se integra más aspectos y niveles de los actuales, necesita una alta capacitación profesional, dado por unos estudios específicos que otorguen pues la licenciatura, o un nivel suficiente que garantice, que se conoce ese mundo, que se conoce el manejo de todas esas variables.

E4: Relacionado con lo que hemos hablado hace un momento, yo creo que sí sería importante, es decir, sería importante que quién ocupe ese puesto de gerente de salud, que se formara antes de ocupar ese puesto de gerente de salud y que se formara en todos los aspectos que tiene ese puesto de trabajo. No solamente en un ámbito o en otro sino en todos los aspectos, incluso lo que hemos hablado en el principio de la entrevista, el tema de relación de sinérgicas con otras instituciones, con ayuntamientos, con asociaciones de vecinos, es decir, el que ocupe ese puesto de gerente de salud, debe ser una persona integradora con todos los actores que trabajan en esa red o en esa gestión de área y eso no siempre se lleva a cabo. La educación sanitaria no garantiza la capacitación, pero sí que sería importante que esa persona tuviera una titulación sanitaria, no es necesaria pero sí importante. Yo creo que tenemos muchos



ejemplos de los cuales la titulación sanitaria para ocupar esos puestos no ha garantizado que ocupen de una forma efectiva esos puestos. Pero sí sería importante que esa titulación la tuviera, y si no tuviera esa titulación, sí tuviera conocimientos sobre esa atención.

E5: No, de hecho, puede que los que no tengan esa titulación sanitaria pues tengan otras miras y no miren sólo lo sanitario, sino que miren más aspectos que influyen en la salud y que tenemos que tener en cuenta, muchas veces es mejor que puedan ser igual o mejores gestores sin esa titulación sanitaria. No es una necesidad. Para ser gestor de un área bajo mi punto de vista no necesitas ser sanitario, pueden tener otro tipo de formación, y otras habilidades que quizá los sanitarios no tenemos porque estamos muy metidos en la enfermedad, la salud y no vemos más allá, en hospitales, centros de salud, y no vemos el resto de factores que influyen.

E6: Lo que hay que tener son las competencias, hoy día tener un título no dice nada, simplemente tener las competencias y el sistema de valoración se debe hacer por competencias y no por titulación.

¿Existen oportunidades educativas para los administradores-gerentes de redes de salud (o equivalentes) en _ ESPAÑA _?

E1: Bueno yo creo que hay formación post, a través de máster en dotar a los alumnos en este tipo de conocimientos. ¿Todos los necesarios? Pues probablemente, no, pero muchos de ellos sí.

E2: Si es de una manera formal, organizada por parte del ministerio, a nivel nacional o por comunidades autónomas de una manera formal, hasta donde yo sé ahora mismo no. De manera informal con unidades, instituciones que permiten la formación en gestión sanitaria de una manera más o menos externa y a la que se puede recurrir en un momento determinado sí. Hay instituciones de educación muy importantes que tienen sus másteres, sus cursos y 1000 historias más, para conseguir grados de formación en administración sanitaria. De manera formal, desde que desapareció la escuela de formación para gestores, que existía hace 25 años, que desapareció, que dependía del ministerio de sanidad, ya no se ha vuelto a generar. El hecho de que hay comunidades autónomas, quizá dispersó esa formación y la escuela, que en su momento existía ya no ha vuelto a existir de manera formal.

E3: Claro que existen, lo que pasa es que hoy en día, lo que no existe es el camino para acceder a ello. El camino que existe es únicamente la decisión política del político que en ese momento



este tomando decisiones. No es una decisión profesional, no es una decisión en relación con las capacidades profesionales que estén dadas por una titulación, sino por la decisión política de una persona que puede acreditar que hay una persona adecuada para ser gerente, pero según su conocimiento personal o sus objetivos personales o políticos.

E4: Pues yo no conozco, creo que no, con esa definición y esa perspectiva de trabajo creo que no.

E5: Y creo que sí, que hay mucha formación y sí que hay. Hay formación, hay sociedades donde compartir..., si hay posibilidades de formarse y de gestionar.

E6: Sí, hay modelos de formación, la UCAM tiene un máster de formación.

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO

¿Qué programas informáticos /sistemas de información se utilizan en el servicio regional de salud?

E1:

E2:

E3:

E4: Yo te puedo hablar de primaria, utilizamos la historia clínica del paciente en el soporte de OMI-AP, nosotros ya desde primaria tenemos acceso a Selene(programa informático del hospital) y luego cosas muy concretas, tenemos acceso a consultas no presenciales con algunos especialistas del hospital y luego por ejemplo el tema del Sintrom, para los anticoagulantes orales, sí que tenemos aplicaciones informáticas que lo que permiten es que nosotros desde primaria determinemos el INR de un paciente, podamos mandar el resultado y un tratamiento de manera que no tenga que estar desplazándose de un lado para otro. Y luego sí que hay como una plataforma que comunica el aplicativo de historia clínica de OMI-AP con el aplicativo de Selene, que es el Ágora, esa plataforma que es una plataforma de conexión, integra las dos historias clínicas no completamente pero sí en muchos aspectos y hace que tú puedas consultar tanto cosas de primaria como cosas de hospital, de elección clínicas de los dos mediante esa plataforma.



E5: Hay muchos, tenemos las dos historias clínicas y luego hay el Gota para el control del Sintrom, y muchos más. No me los sé todos.

E6: No me acuerdo de los nombres.

¿Requiere este soporte informático que usted introduzca datos de salud de la Región? En caso afirmativo, ¿qué tipo de datos?

E1:

E2:

E3:

E4: Para acceder al soporte no, es un soporte de historia clínica individual.

E5: No. Datos del paciente, pero de la región no.

E6: Claro, cualquier sistema informático tiene que basarse fundamentalmente en algo previo, que es en el plan de salud de la comunidad.

¿Cuál es la información más importante y valiosa que usted obtiene de este software?

E1:

E2:

E3:

E4: Sobre todo conocer la situación del estado de salud de un paciente, me explico: yo puedo conocer cuáles son las cosas que tiene el paciente dentro de su historia clínica, puedo conocer la situación en toda su evolución a lo largo del tiempo y puedo tener una visión global de la previsión del futuro, es decir, yo sé las citas que va a tener, las citas del hospital, cuando se le pide una prueba, cuando va a estar el resultado, tener los resultados de una forma telemática. Me permite no necesitar al paciente físico, para conocer su situación de salud y su evolución.

E5: La historia clínica, indicadores, una batería, sobre todo, el cuadro de mando de primaria, de hospital, indicadores de gestión. Sino tuviéramos esos datos, de los dos soportes, no tendríamos prácticamente información de forma objetiva. Podríamos hacer auditorias, o medir otras cosas. Pero hay un programa también muy importante que es para la gestión de



farmacia, dispensación de tratamientos, sí que hay muchos programas que al final convergen en la historia clínica nuestra, un programa para las transfusiones también. Pero todos están integrados en la historia clínica.

E6: Yo creo que de todo lo que hacen los programas es una foto de la salud poblacional y esto permite hacer programas no solamente asistenciales sino también de promoción de la salud y hacer algo con todo el tema de la asistencia predictiva.

¿Precisa dicho software la introducción de datos procedentes de otras bases de datos externas para su correcto funcionamiento?

E1:

E2:

E3:

E4: No.

E5: No, determinados controles como puede ser el de la glucosa, el sistema como puede ser el de los controles de glucosa tipo Flash o no sé si habrá alguna más de ese estilo, de especialidad, no sé si el tema de los implantes, en fin, utilizan otro software externo, normalmente se centralizan en el servicio murciano. Y los que tenemos externos el paciente da el consentimiento también para que se vuelquen los datos y podamos visualizarlo.

E6: Sin ninguna duda, todos los datos poblacionales y no olvidemos que la salud está relacionada con la renta y la educación.

¿Qué tipo de información adicional (que no esté aún compilada y procesada) sería útil en el servicio regional de salud?

E1:

E2:

E3:

E4: Con respecto a la historia clínica del paciente yo creo que está bastante bien estructurada, sí que es verdad que el OMI-AP y Selene tienen unas estructuras funcionales muy diferentes y



que la forma de trabajar con los dos soportes es diferente, para trabajar con los dos soportes tienes que tener muy claro qué es lo que vas a obtener y cómo obtener la información o como mecanizar la información es diferente, pero yo creo que con eso es suficiente no es necesario hacerlo.

E5: Yo creo que sería importante que, como está implementado en otros países, los propios ciudadanos introdujesen en nuestra historia clínica, compartiesen sus datos de salud. Por ejemplo, si un paciente se toma la tensión todos los días que pudiera meterla y nosotros verla en nuestra historia clínica. O se hace controles de glucosa, o se pesa, o se pone un pulsioxímetro, sobre todo los pacientes más complejos o el ejercicio que hacen... que se pudieran monitorizar ciertos parámetros muy básicos, pues lo que se están midiendo en su casa y que esas mediciones nos llegaran a nosotros, y tuviéramos información sobre los pacientes, en particular y en general. Ósea que, si hubiera una forma de comunicar con otros datos de salud o que se puedan compartir fuera de nuestro sistema sanitario, no sé si por ejemplo el paciente recoge o no una medicación de la farmacia, muchas cosas, el tema de las pulseras de actividad..., aunque sean datos muy básicos nos daría más capacidad y sabríamos como está y podríamos tomar alguna decisión más sobre cómo está nuestra población y que necesidades tiene. Si el paciente no viene a nuestro sistema pues que también pueda compartir esos datos con nosotros.

E6: Hay mucha información sobre los pacientes y hay poca información sobre los ciudadanos, entonces cuando hablamos en el 2020 del modelo de servicios sanitarios, ese modelo de servicios sanitarios no puede estar centrado sólo en los pacientes, sino que tiene que estar centrado también en la población sana, porque son en ellos donde podemos hacer promoción.

REDES REALES

¿Cuáles son los desafíos y problemas clave para los administradores de redes de salud regionales al desarrollar una región de salud en _ ESPAÑA _?

E1: Pues probablemente convivir entre los recursos disponibles que tienes y las necesidades o la demanda de los actores del sistema o de la red.

E2: Los desafíos pues básicamente el aspecto económico, en qué medida la tecnología es el factor importante, yo creo que es que el desafío importante, por un lado, por el aspecto



profesional, de cara a la resolución del problema, en el aspecto socio-cultural y que el trabajo no sea bien entendido, el que no esté vendida la actividad adecuadamente, que la población no lo entienda... y sobre todo quizá lo más, es cuando el ámbito político no respalda el aspecto profesional, cuando los intereses se interponen en lo que son los indicadores de salud. Quizá para mí tan bien el desafío mayor es ese, que a veces el tomar una decisión como gestor no concuerda con el deseo del político. Quizá para mí es el desafío y lo que más impide que a veces las cosas funcionen de una manera racional. Creo que es el mayor desafío que ahora mismo se enfrenta un gestor sanitario de nuestro sistema y luego hay infinidad de temas menores, que tan bien son desafíos del día a día, conseguir mayor eficacia, mayor efectividad, el sistema, el modelo de trabajo, toda la gente que antes trabajaban en esos portaviones, que son los hospitales, las administraciones sanitarias entiendan lo que hacen, por qué lo hacen, para que lo hacen, cuál es el objetivo, cuáles son las metas del sistema, que esa idea difunda a cada uno de los integrantes del sistema, contar con los trabajadores del sistema, para que remen en el mismo sentido es el otro gran desafío, el otro gran problema. En ese sentido tenemos el tema básico de la funcionalización del personal, la necesidad de que se establezcan mecanismos de respaldo al buen hacer y no digo de sanción porque no es eso, pero sí de alguna manera el no respaldo más que el aspecto de sanción, al que no cumple con la responsabilidad de hacerlo bien. Creo que al personal hay que explicarle lo que es correcto dentro de su actividad, en qué medida tiene que hacer, cuáles son los indicadores que tienen que hacer y explicarle como cualquier otra empresa de servicios o cualquier empresa del tipo que sea, el trabajador está para hacer una función y esa función tiene que estar debidamente explicitada, estimulada, premiada o no premiada cuando no se hace los modelos que se tienen que hacer. Entonces creo que es el otro gran problema y la gran dificultad que tiene la gestión sobre ese tema.

E3: A mí me parece que la prioridad más importante es una alta capacidad de análisis con empleo de tecnologías informáticas, un buen nivel de priorización de los problemas analizados y un buen nivel de gestión para implementar las soluciones priorizadas.

E4: Primero adquirir la formación necesaria, yo creo que el desafío es que haya una información previa y que sea reglada para desarrollar esa red, y segundo tener la capacidad, esas herramientas necesarias para aglutinar diferentes actores de dichas redes. Que esas personas que gestionen esa área, no tengan esa parcela privativa de una u otra parte, sino que



se acabe de integrar todos esas redes asistenciales y sociosanitarias que están alrededor del paciente ya que sean capaces de integrarlas, que no sea algo. Yo creo que es muy importante adquirir esa formación previa, mucho.

E5: Pues que nos tenemos que poner de acuerdo todos los actores que intervenimos en la salud, cada uno tiene sus intereses y en determinados entornos pueden pesar unos más que otros, o la población puede tener también esa visión, esa necesidad de que necesita a uno más que otro. Ese es nuestro hándicap, nuestro principal problema.

E6: Fundamentalmente organizativos.

PREVENCIÓN-CURACIÓN

¿Qué opina sobre los temas de promoción y prevención de la salud a nivel regional en _ESPAÑA_? [Provisión de ofertas de salud, superación de barreras de acceso, ofertas para grupos objetivo que son difíciles de alcanzar, etc.] Califique también en una escala del 1 al 10 (10 = excelente, 0 = muy malo).

E1: Yo percibo que hay una potenciación, que sea suficiente, no. Pero percibo que hay una preocupación actual de la estructura sanitaria actual. Yo diría que, si tengo que medir el nivel pues diría un 4. si me dijeras la progresión pues a lo mejor sería un número más alto. Pero si tengo que valorar estaría por debajo del 5.

E2: Bueno la prevención se está haciendo y cada vez más, la promoción de salud quizá es el aspecto que toda vía falta mucho por hacer. Creo que ahora mismo las cadenas públicas de televisión, de radio y tan bien las privadas deberían estar informando a la población mucho más de los aspectos sanitarios. Eso un indicador en general del número de fallecidos, del número de nacimientos sanos, la población debería de ser mucho más cultivada en el aspecto de qué está pasando con la salud en su ámbito y en su país. Eso ayudaría a promover medidas y esa promoción de medidas es lo que creo que va siempre muy tarde y no lo suficiente.

En cuanto a la prevención, las medidas vienen más o menos establecidas a nivel ministerial, en base a criterios generales que viene incluso de la Organización Mundial de la Salud, o de estructuras supranacionales muchas veces, y que simplemente el ministerio las adapta a nivel de país y luego la conserjería en cada comunidad autónoma.



Prevención, las medidas se hacen, las medidas generales han mejorado muchísimo, la atención a la drogodependencia ... hay muchos programas, siempre hay muchos más por hacer y siempre hay necesidades nuevas, pero creo que en el sentido de la prevención sí hay una política más o menos concreta. En el aspecto promoción creo que no.

Mi calificación es un 7-8 de ambos, el uno por el otro.

E3: Pues a mí me parece que existe en algunos casos claramente implantada y tiene programas muy importantes de organización, desde el cáncer de mama o el despistaje de cáncer de cuello o los programas de vacunación, pero me parece que es mejorable en muchos aspectos.

Pues yo creo que actualmente un 8.

E4: Pues yo creo que se tiene muy poca consideración en estos temas y que son muy necesarios, son imprescindibles, creo que la promoción y la prevención de la salud desde atención primaria son importantísimas, son básicamente aquella herramienta de trabajo que pueden mejorar el nivel de salud de la población. ¿Qué se tiene en cuenta? Pues regular.

Un 5.

E5: Bueno yo creo que ahí tenemos la asignatura pendiente, ahí yo creo que el presupuesto que se destina a lo que es la promoción y prevención es bajísimo, se dedican muy pocos recursos, y yo creo que de hecho es uno de nuestros principales problemas, que al final tenemos ausencia de buenos programas preventivos, comunitarios, que favorezcan que la población tome las mejores decisiones, tenga información, y eso es programas preventivos, programas de cribado, yo creo que ahí es donde nos faltaría esa inversión que nos aportaría mucha calidad de vida y mucho salud, por lo menos las futuras.

Pues un 3-4, no tenemos más, el presupuesto es totalmente cambiado, no se puede invertir tan poco en lo que es la salud pública y en los programas, medidas preventivas. De hecho, una parte preventiva nuestra tiene que ir en ese sentido, ósea que nosotros tenemos que tratar la enfermedad y tratar la salud, ósea prevenir la enfermedad.

E6: La promoción de la salud forma parte de los objetivos sanitarios, ese es el gran cambio, hasta ahora hemos estado pensando que sólo veíamos al enfermo, y ahora tenemos que pensar que vemos ciudadanos, unos sanos y otros enfermos. Un 5.

Please keep in mind that it is also necessary to fill out the separate document regarding the competences in a more detailed way!



5. Discussion & Conclusion

Within this chapter please describe the following points:

- *Discuss strengths and limitations of your research*

Limitaciones:

Entre las posibles limitaciones del presente estudio, destacan:

-
- La disponibilidad de los gestores de redes de salud, que debido a la situación por el Covid-19 ha dificultado y retrasado la realización de las entrevistas.
 - El tiempo limitado para realizar el estudio.
 - Muestra reducida a 6 personas solamente, determinada por las directrices del proyecto europeo Erasmus + ComHe.Net, Project-ID: 2019-1-DE01-KA203-005025 pero no por criterio de saturación.

Propuestas formativas y perfil del gestor de RAS

Para mitigar la falta de profesionalización y politización de los gestores sanitarios en España y las repercusiones que conllevan en el sistema, es necesario el desarrollo de formación reglada y establecimiento de obligatoriedad para poseer los conocimientos y las competencias necesarias para la gestión y mejora del sistema sanitario. Para ello es necesario definir un perfil de competencia de un gestor de redes de atención a la salud. Dicho perfil debe contemplar un Grado universitario, de diferentes ramas sanitarias o no, con conocimientos en gestión y trabajo en redes. Las necesidades de formación identificadas perfilan la propuesta formativa que sería necesario implementar en nuestro entorno, y consta de:

- Conocimientos sobre las redes sanitarias, su función, cómo establecerlas, la gestión de recursos, la integración de los objetivos y metas del sistema y la información sobre el conjunto y aspectos generales del sistema sanitario, sistemas sociales, sistemas educativos, cuestiones relacionadas con la educación, formación en el manejo de medios y, además, de la integralidad del sistema, crear sinergias con otras instituciones, Ayuntamientos, asociaciones de vecinos y con la estructura sociosanitaria;
- Conocimientos de tecnologías y sistemas de la información: manejo de medios informáticos, redes sociales, tecnología.



-Conocimientos de economía de la salud: conocimientos teóricos y experiencias prácticas de los sistemas de evaluación económica y técnicas de evaluación, el uso racional de los recursos, gestión de costes, evaluar la eficiencia y efectividad del producto, los gastos y el beneficio que producen, y la organización de servicios en función de las posibilidades económicas;

-Conocimientos en gestión y políticas sanitarias: planificación sanitaria, análisis de resultados de salud, y también tener dotes organizativas;

- Conocimientos humanistas y sociales: conocimiento de situaciones generales de pacientes de salud mental, de paliativos, de la familia, temas humanísticos, red social o comunicación con la ciudadanía;

- Formación en atención a la salud: Conocer la atención a la salud de la población en todas las etapas de la vida y desde todos los niveles asistenciales. Profesionales sanitarios como médicos y enfermeros incluyen en su formación asignaturas de gestión sanitaria, pero para los perfiles de profesionales que no procedan de ramas sanitarias, es necesario tener conocimientos básicos, las actividades de investigación, desarrollo e innovación que desarrollan los profesionales sanitarios. Además, la formación debe incluir de prácticas en instituciones sanitarias públicas y/o privadas con profesionales expertos en el campo. Actualmente existen másteres y cursos que ya incluyen estas capacitaciones, pero no son obligatorios.

- *Discuss the findings (compare findings from desk top research and from the interviews)*

REDES

El sistema sanitario español se estructura para garantizar el uso racional de los servicios sanitarios de la población y evitar la sobreposición de redes y servicios. Para ello, es necesaria la división en regiones y sectorización de recursos, coordinados mediante la creación de mecanismos e instrumentos de planificación que garanticen el orden y la racionalidad de la organización sanitaria (Repullo, 2012).

En España la estructura es pública y en base a esa estructura de forma horizontal y vertical se establecen los indicadores de cada uno de los sistemas, servicios y componentes. Los gestores regionales son los que llevan a cabo esa función. Según los entrevistados, los servicios se proveen principalmente a través del sistema público (SNS), compuestos por servicios regionales de salud,



“está constituido más del 90% de los casos por un sistema público, que hace la asistencia sanitaria fundamentalmente y algunas actividades preventivas a través de los servicios regionales de salud son de titularidad pública.” E3

Las comunidades autónomas crean los planes de salud que incluyen la coordinación con el ámbito social. Actualmente existen sinergias significativas para la formación de estructuras de coordinación sociosanitaria. Las estructuras se basan en la coordinación sociosanitaria permitiendo la conexión y colaboración entre los servicios sociales y los sistemas de salud. Aunque no se lleva a cabo a la práctica de forma operativa. (Botija, Botija y Navarro, 2018). También, el ámbito municipal es una parte fundamental para impulsar las políticas públicas sobre la salud de forma equitativa, en la que los ciudadanos participen y exista intersectorialidad. Para ello es necesaria la creación de redes y trabajo con otras administraciones para seguir avanzando y adaptar las administraciones locales a las necesidades sociales, mediante modelos organizativos de carácter horizontal y flexibles que consigan la autonomía a nivel local y que los ayuntamientos contengan más recursos. (Ruiz, et al., 2018) Los gestores de redes de salud regionales deben cooperar y trabajar con multitud de organizaciones como asociaciones de pacientes y de vecinos, voluntariado, ONG's, industrias, proveedores, estructuras formativas, investigación, universidades, centros educativos, Consejerías, instituciones públicas y privadas, Ayuntamientos, entidades locales y con los cuerpos de seguridad del estado. También con organizaciones que se dediquen al manejo de acreedores de tipo social, psicológico y familiar, que actualmente no existen. Esta visión tan amplia es necesaria para mejorar la integración y lograr elementos de financiación y mejora del uso de recursos y material. Las partes involucradas dentro de la red son todas las partes participantes como el nivel hospitalario, nivel de Atención Primaria, centro de salud mental, centros de especialidades, comunidades de farmacia comunitaria y clínicas privadas.

La asignación de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas minimiza el distanciamiento entre la visión política y las necesidades de la población. La transformación del modelo vertical o jerárquico, a un modelo horizontal y participativo se tiene que llevar a cabo mediante el establecimiento de mecanismos que acrediten las capacidades en gestión de los profesionales que aspiren al cargo (Álvarez y Rodríguez, 2016).

Debido a esta situación de descentralización, el modelo de RASs se aplica en el entorno sanitario, pero no en todos los contextos. En nuestro sistema, el SNS está formado por una red integral de



salud fundamentalmente entre los niveles de Atención Especializada y Atención Primaria. Además, se encuentran formando parte de la red los servicios sociales, el IMAS (en la Región de Murcia). Desde la Ley General de Sanidad ha ido evolucionando la integración, a pesar de la situación de la que se provenía, en la que existía mucha dispersión y parcelación de los sectores.

De hecho, la Atención Primaria se propone como eje estratégico del SNS debido a su capacidad para abordar de forma integral los procesos salud-enfermedad, para disminuir las desigualdades, confrontar determinantes sociales, superar las inequidades sanitarias con la colaboración de los ciudadanos y la coordinación entre sectores (Cía, et al., 2018).

Actualmente, el objetivo es integrar las distintas redes, servicios sanitarios y sociales que aún no están integrados, además de los ayuntamientos, unidades y fuerzas de seguridad del estado y asociaciones. Sin embargo, la situación es muy diferente en cada zona, con respecto a algunas figuras como, por ejemplo, en algunos centros de salud se encuentra la figura del trabajador social y en otros es el ayuntamiento el que se hace cargo.

Por ello, la función de los gestores de redes de salud es fundamental para la atención de la salud a nivel regional en España. Los gestores canalizan las actuaciones para conseguir los objetivos de la propia organización. para que una red sea operativa y este correctamente integrada los objetivos tienen que ser comunes a todos los niveles asistenciales y la coordinación entre ellos es elemental. Los criterios para analizar la situación y abordar las dificultades, el establecimiento de prioridades y el control y a calidad de las actividades están dictados por los gestores sanitarios. Para que el sistema funcione en general debe funcionar desde arriba. Para lograr el liderazgo correcto de los entornos sanitarios es necesario utilizar la creatividad y la innovación para buscar soluciones alternativas a los problemas; la comunicación efectiva y eficaz para hablar en público y expresar sus ideas de forma clara, la capacidad para motivar al equipo, formar parte del mismo, y enseñar a sus profesionales y conocer sus necesidades, para gestionar sus competencias, consiguiendo que sean más efectivos, además de conocer las actividades imprescindibles que se realizan en la organización sanitaria son requisitos importantes (Ayuso y Herrera, 2017).

Así mismo, la actual perspectiva de la gestión de redes comprende al gestor como un mediador entre los diferentes componentes de las redes, facilitando los procesos. La gestión de redes plantea descripciones variables, el fortalecimiento mediante la información y la autoridad



segmentada (Saz-Carranza, 2010). Existen organizaciones adecuadas para emplear a un gestor sanitario de redes de salud: cualquier organización a partir de un centro de salud, un área de salud, o centralizada a nivel regional (como se encuentra actualmente) es conveniente. Por ello, en cualquier organización tiene sentido la figura de un gestor, aunque tiene que existir una escala de organizaciones de más sencillas a más complejas. La organización a partir de las que se debe incluir a un gestor sanitario de las que se integran en la red de salud son entidades municipales como unidades de Atención Primaria y ayuntamientos, si se incluyeran en la red, ya que ambas estructuras son la más próximas a la población y conocen sus necesidades sociales y sanitarias:

“creo que a nivel de CCAA o en pequeñas regiones más o menos estandarizadas, que unan cantidades de población suficiente, en torno al millón o millón y medio de personas, que de alguna manera permitan también que sea rentable el hacer ese tipo de cosas.” [E2]

Además, los temas prioritarios de los gestores sanitarios regionales de salud son aportar recursos para la realización de diagnósticos, y de la terapéutica. Primero fortalecer la labor preventiva para evitar la enfermedad en el paciente, diagnósticos y actuaciones precoces cuando la enfermedad aparece. Y después, observar y analizar la capacidad de influencia de las actividades sanitarias en los ciudadanos mediante indicadores que midan la relación,

“Analizar la situación que tienen las diferentes competencias que bajo su responsabilidad pueda tener y una vez analizado, establecer prioridades en cuanto a cuáles de esas situaciones están distorsionadas, y en función de la importancia que le demos, corregir esa distorsión que después del análisis hemos detectado.” [E3]

Debido a la situación actual es necesario definir las tareas y actividades principales que deben cumplir los gestores sanitarios de redes de salud en España, que se basan en coordinar los diferentes servicios, en desarrollar los objetivos de las organizaciones para mejorar la atención a los pacientes y, por consiguiente, la salud poblacional. La integración de los servicios sociosanitarios provoca actividades generadoras de flujos entre los niveles, y produce el manejo de las circunstancias para conseguir los objetivos de las redes para el mantenimiento de la salud ciudadana:

“La meta del sistema no puede ser otra que mejorar indicadores de salud, mejorar indicadores de calidad de vida, tener criterios claros en base a eso, fijar unos objetivos, que ya están fijados, desde



la OMS, que están fijados por las estructuras políticas, y a partir de ahí, en base a esos objetivos, trabajar... intentar integrar en esas redes, con el fin de hacerlas más eficaces y más eficientes, o sea, que se acerquen más al objetivo propuesto y a un coste razonable es lo que tiene que intentar hacer un gestor de redes.” [E2]

Por otro lado, las competencias y cualificaciones de los gestores sanitarios necesarias para poder realizar las tareas mencionadas anteriormente imprescindibles son: la gestión, el liderazgo, la investigación, las tecnologías sanitarias y la comunicación. Además, se debe tener capacidad de toma de decisiones, de trabajar en equipo, de liderar una organización, de enfocar los problemas y focalizar la situación, y de trabajar los objetivos. La formación es muy diversa ya que conviven diferentes titulaciones.

“El sector de salud tiene que tener una visión general de la situación, tiene que conocer el sistema, tiene que saber vender el producto sanitario, y tiene que entender la calidad con la que da ese servicio, tiene que ser a un coste, y evaluar y valorar. Eso exige personas muy preparadas y con cierta experiencia.” [E2]

Esto es necesario debido a que se movilizan gran cantidad de recursos, y se debe saber el funcionamiento y manejo de la estructura y establecer prioridades. Por ello, es importante que el gestor sanitario sea el profesional más completo de toda la red y, para ello, es necesario profesionalizar el cargo, de tal forma que se encuentren más preparados y se originen dinámicas de trabajo más beneficiosas. La aparición espontánea de dicha figura es por ello, complicada.

Así mismo, las dimensiones de salud con las que se relaciona el trabajo de los gestores sanitarios a nivel regional son todos los aspectos relacionados con la población. Las dimensiones físicas, mental y social son las más tenidas en cuenta en el ámbito, aunque también las dimensiones espiritual, emocional y sexual son tratadas en las consultas médicas en el caso que exista alguna patología en cualquiera de ellas, pero a nivel general no son tratadas con tanta intensidad. En cambio, se dejan de lado dimensiones como la salud vial o la salud alimentaria. Además de atender la demanda asistencial es necesario la educación para la salud y la prevención son esenciales para el desarrollo de la salud en todas sus dimensiones. Fundamentalmente es esencial que el gestor se centre en la salud poblacional, porque de la salud individual se encargan los profesionales clínicos en sus consultas.



Los determinantes en salud importantes en términos de trabajo para un gestor sanitario de la red regional son la educación, la alimentación, los servicios sanitarios, y el ambiente laboral de su personal. Las condiciones de trabajo, el desempleo, la calidad del agua y el saneamiento de las calles, y la calidad de las viviendas son aspectos fundamentales que influyen y condicionan la salud pero que los gestores sanitarios no tienen la capacidad de influir en ellos. Por tanto, el gestor debe controlar de su propia estructura y conocer lo que ocurre alrededor en el ámbito político, administrativo, económico..., para conocer la situación actual y actuar en consecuencia. Por consiguiente, las autoridades sanitarias tanto a nivel estatal como autonómico están comprometidas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud. El modelo teórico más conocido en relación a las necesidades indicadas es el de Lalonde, en el que la salud está relacionada con el medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y el sistema de cuidados de salud (Girón, 2010).

Podría ser positivo integrar en los determinantes de la salud la alimentación, la educación, el empleo y las condiciones laborales, condiciones sociales, el entorno y la vivienda, las condiciones socioeconómicas, la higiene, con los servicios sanitarios formando parte de las competencias de un administrador de redes. Aspectos como la educación aportan mejores condiciones socioeconómicas y de empleo, y mayor conocimiento de los hábitos saludables.

Así pues, el gestor debe conocer la estructura de integración de la red, sus componentes, y los objetivos comunes para analizarlos y plantear las líneas comunicativas de la red de acuerdo a los objetivos. Debe llevar a cabo un análisis de la salud de la población para realizar un plan de salud, exigir la eficiencia a los servicios sanitarios y promocionar la salud.

VENTAJAS, DESVENTAJAS E INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La integración hace referencia a la identificación de las necesidades en salud de los pacientes y la respuesta del sistema a las mismas (Rosas, Narciso, Cuba, 2013). El desarrollo de ciertos países como España, debido a la evolución de la medicina, la tecnología y la protección social provocan sistemas de salud complejos con multitud de proveedores de salud especializados, que trabajan sectorizados (Ñuro, Sauto y Toro, 2012).

La integración de los servicios sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada es necesaria:



“Un único equipo directivo, que comparta objetivos, comparta procesos, porque al final el paciente circula entre los diferentes niveles y la división en estos niveles es más administrativa que real” [E1]

El modelo de integración de área unificada tiene que alcanzar las escalas de atención:

" Si el paciente cuando lo ve el médico de familia, no tiene la oportunidad de interactuar con los especialistas y hacer procesos, que de alguna manera sean transversales entre los niveles, no habremos hecho nada". [E1]

La integración también se lleva a cabo con redes y apoyo a nivel social, como con las residencias. Esta integración permite utilizar los recursos de una forma más racional, como por ejemplo evitando duplicidades de pruebas complementarias. Por otro lado, los servicios sociales, los ayuntamientos no están integrados correctamente dentro del sistema debido a la existencia de diferentes administraciones: local, autonómica y general:

“En muchos centros de salud, por ejemplo, hay asistentes sociales, y en otros cubre la situación el ayuntamiento”. [E2]

En el modelo actual no se otorga la misma importancia a los dos niveles asistenciales, lo que provoca situaciones en las que tiene más peso la atención hospitalaria, lo que dificulta la integración de los servicios y dificulta la continuidad asistencial. Dicha continuidad consta de la continuidad de información que los proveedores utilizan y disponen de episodios anteriores para la atención actual, la continuidad de la relación con los proveedores a lo largo del tiempo y la continuidad de gestión basada en la complementación y provisión de diferentes tipos de atención sanitaria, evitando duplicidades (Sánchez, Casado, 2014). Dicha continuidad se encuentra amenazada debido a los avances tecnológicos, cambios de organización en los servicios y el aumento de pacientes con enfermedades crónicas complejas. Esto provoca un aumento del número de proveedores que atienden al paciente. La información intercambiada entre profesionales de un nivel asistencial a otro es limitada, y los tiempos de espera son elevados (Aller, et al., 2013).

Así mismo, actualmente, en España, existe una falta de colaboración entre los dos niveles asistenciales para conseguir una continuidad asistencial adecuada, atendiendo los procesos en cada nivel asistencial de forma no integrada. La falta de transmisión de la información y la falta de



cooperación para elaborar protocolos comunes con criterios de derivación provoca repercusiones en la accesibilidad, consulta y aplicabilidad entre ambos servicios. En consecuencia, el paciente carece de un seguimiento adecuado con derivaciones y plazos inadecuados, y repeticiones de pruebas diagnósticas (Montes, Canosa, Castilla y Montero, s.f.).

La integración asistencial entre los diferentes niveles de atención a la salud es una de las principales ventajas de las RAS, lo que provoca la mejora de la calidad y continuidad asistencial. Sin embargo, las diferencias que existen en la actualidad sobre la importancia entre los diferentes niveles asistenciales dificultan una integración adecuada.

INTEGRACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA

La estructura de los servicios sanitarios en España es mayoritariamente pública, basada en gestores a nivel autonómico que tienen la siguiente función:

“la idea general en España es que la estructura sea pública, la base. Y en base a esa estructura pública se establezcan todos los indicadores que cada uno de esos sistemas, de esos servicios, de esos componentes, tienen que realizar su trabajo” [E2]

De tal forma que, la estructura privada no se encuentra integrada complementemente en el sistema:

“Los indicadores que ha generado en salud esa estructura privada, con mucha frecuencia no son conocidos, a nivel general, en qué medida mejoran la salud pública del conjunto o la situación de salud del conjunto de la población” [E2]

La titularidad y el control es público pero la inclusión de sistemas privados de gestión favorece la eficiencia del sistema sanitario (Bayle, 2014). Por ello, el SNS contiene formas de contratación externa o gestión indirecta de la atención sanitaria pública mediante proveedores privados, mediante la concesión administrativa de la atención sanitaria en un Área de salud (Martín y González, 2011).

De modo que, la estructura del sistema sanitario en España es pública; dicha estructura controla el conjunto, pero también existe producto sanitario de estructuras privadas, que en ocasiones dependen de los Ayuntamientos:



“En España, fundamentalmente los servicios se proveen a través del sistema público, que es el SNS, compuesto por los servicios regionales de salud” [E3]

Para ello existe la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del SNS, establece normas a todo el sistema sanitario español, incluida la sanidad privada, relacionada con las actividades de información, salud pública, formación e investigación y seguridad y calidad. El rol de la Sanidad privada es complementario a la Sanidad Pública (Girela, 2014).

Para lograr la integración entre el sistema público y privado es necesario que los gestores posean competencias como liderazgo, trabajo en equipo, desarrollo de procesos asistenciales integrados y la atención centrada en el paciente (Cequier y Ortega, 2015).

Finalmente, la estructura privada integrada dentro de la estructura pública del SNS sirve para complementar los servicios sanitarios. Actualmente existen leyes que favorecen la coordinación entre ambas estructuras, pero es necesario que los gestores posean competencias que favorezcan la integración entre ambas.

COORDINACIÓN HORIZONTAL Y VERTICAL

La coordinación en la asistencia sanitaria es la competencia de los servicios sanitarios para ofrecer de forma sincronizada un objetivo en la asistencia sin que ocurran infortunios que desfavorezcan al paciente (Fernández y Ollero, 2010).

En España, dicha coordinación en la asistencia sanitaria es una prioridad, debido al aumento de pacientes crónicos. Se plantea como una estrategia para mejorar la continuidad asistencial, disminuir los costes y mejorar la calidad de la atención sanitaria (Allapuz, Gallardo, Perona y Grup de Coordinació entre nivells del Garraf, 2012).

Existen dos tipos de integración. La integración horizontal ocurre cuando dos o más organizaciones o servicios actúan al mismo nivel (Herrera, Asensio, Kaknani, Mayor, 2016). La Política de coordinación horizontal existe dentro de cada nivel asistencial a nivel directivo, pero no a nivel asistencial. Se encuentra parcelada y más desarrollada en el ámbito de Atención Especializada:

“Basta considerar los puestos de nivel de dirección en el hospital, en el área sanitaria, el 80% de los puestos directivos son de trabajo hospitalario y menos del 20% son de trabajo de Primaria. Eso



puede dar un poco la diferencia de peso. La coordinación horizontal existe en Primaria, pero quizá sería necesario mejorarla mucho más” [E2]

Para que ocurra una adecuada coordinación horizontal es necesario delimitar los recursos humanos, materiales y el empoderamiento de las organizaciones.

La integración vertical ocurre cuando dos o más organizaciones pertenecientes a diferentes niveles actúan en conjunto (Herrera, Asensio, Kaknani, Mayor, 2016). La coordinación vertical entre los dos niveles asistenciales existe, pero es insuficiente.

Por otro lado, el uso centralizado de recursos de alta tecnificación en ocasiones se confunde con la gestión verticalizada. Los servicios de alta tecnología deben de estar centralizados para su rentabilidad:

“Lo que se ha hecho es intentar que la Atención Primaria asuma en un momento dado, más capacidad de trabajo y más, en teoría, resolución, pero no siempre con el objetivo de que sea Atención Primaria la que tenga la posibilidad de resolver de una forma más cercana al paciente y a sus necesidades, sino para descongestionar una parte de atención hospitalaria, la sobrecarga de trabajo” [E4]

La gestión unificada del área sobredimensiona el hospital frente a la Atención Primaria, dejándola en un 2º plano y dependiente del sistema hospitalario, debido a la mayor adquisición, manejo y consumo de recursos que tiene el nivel hospitalario frente al nivel de Atención Primaria:

“Sin un buen balance entre estos dos niveles fundamentales, desde la prestación de la asistencia, pues me parece que se iría distorsionando en favor del proveedor que consume y genera más necesidad de recursos que es el nivel de atención hospitalaria” [E3]

La gestión por procesos se basa en un modelo basado en la evidencia científica, fiable, en el que la variabilidad en la asistencia clínica se debe a cuestiones individuales del paciente (Delgado, 2015). Existe dentro de la red de atención a la salud, pero con dificultades en la integración de algunos niveles:

“Está muy sectorizado por unidades, por servicios, por especialidades concretas, y quizá falta más integración y es una cosa que hay que mejorar mucho” [E2]



En otras ocasiones no se lleva a cabo la gestión por procesos o se desconoce su gestión.

La coordinación horizontal y vertical en España existe, pero no se encuentra totalmente desarrollada debido a las diferencias de peso entre los diferentes niveles asistenciales y la parcelación de las unidades. Esta situación dificulta el desarrollo de la gestión por procesos asistenciales, inviable sin una adecuada coordinación e integración.

COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

La coordinación surge de los acuerdos del gobierno de alto nivel, aumentando las sinergias interministeriales mediante acuerdos prácticos y de coordinación. Los gabinetes de los diferentes ministerios posibilitan la coordinación intersectorial y son claves para mejorar la coordinación entre estructuras sociales como salud o educación (McQueen, Wismar, Lin, Jones y Davies, 2015).

En el sistema nacional de salud no existe coordinación generalizada con otros sectores, y podemos observarlo en algunas afirmaciones de los informantes:

“Aquel hospital que tiene un acuerdo con una empresa tecnológica, con un fabricante, con una universidad puntera y desarrolla, digamos, que destaca” [E1]

Existen ciertos sectores como la investigación, la educación, y área social con los que existe comunicación. También servicios como la donación de sangre, pero no existe una coordinación adecuada entre ellos:

“Hay una coordinación muy a nivel vertical y a nivel de la cima” [E2]

Esto puede deberse a la falta de necesidad, debido a que son unidades o servicios muy específicos que colaboran en situaciones muy concretas. La escasez de sectores sociosanitarios en España dificulta la coordinación con el sector social.

Para evitar dicha situación, los planes de salud de las diferentes comunidades autónomas exponen la coordinación con el sector social. Se establecen estructuras sólidas de coordinación sociosanitaria con sinergias importantes para el desarrollo entre ambos sectores, mediante los planes sociosanitarios (Botija, Botija y Navarro, 2018).



La incorporación de sectores como el farmacéutico, ayuntamientos, asociaciones de vecinos, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado sería importante. Existen equipos de Atención Primaria que colaboran con dichas estructuras, pero de forma puntual. La coordinación con otros sectores:

“Depende mucho también de los equipos, de quién trabaja en el equipo, de qué relación tiene personal muchas veces con esas organizaciones, entonces, no siempre hay una coordinación con otros sectores de una forma institucional, a veces, es más algo personal que del sistema” [E4]

La coordinación intersectorial es necesaria para la implementación local de Estrategias de Promoción y Prevención de la Salud prioritarias (Mireles, Rodríguez, Prado, Esteban, Serón y Calvo, 2018).

GESTIÓN DE PROCESOS SOCIO SANITARIOS

La coordinación de los servicios sociales y sanitarios se basa en un modelo universal para favorecer el desarrollo vital de cada persona. La coordinación social y sanitaria se basa en la prevención y atención de situaciones de salud que deterioran la situación social, situaciones de dependencia y fragilidad, además de potenciar el bienestar y la vida cotidiana de las personas (Pinzón, Alonso, Torró, Raposo y Morilla, 2016).

La coordinación de los servicios sociales y sanitarios en España no existe o es escasa y ocurre en momentos puntuales. Esto es debido a la falta de disponibilidad de recursos sociales.

“La red básicamente está en el aspecto sanitario, lo que son hospital, Atención Primaria, y red social, apoyos sociales en el caso de Murcia, los distintos institutos como el IMAS, aquí.” [E2]

La coordinación de los servicios sociales con el sector sanitario también está relacionada con la rehabilitación, la atención a enfermedades mentales y la atención a adicciones (Pérez, 2015).

También existe integración con los servicios sociosanitarios, en cualquiera de sus ámbitos, como el aspecto conductual en la atención a la mujer o la violencia de género:

“Se lleva a cabo, pero quizá más a nivel central que local, está como muy sectorizada; no hay una coordinación regional, hay unos planes pero luego tienen que desescalar a los centros de salud, a los centros de salud mental, en fin, a sistemas muchos más pequeños, pero desde lo que es la parte gestora, no hay esa coordinación, se intenta también, o se dan pasos en determinados aspectos o



problemas como puede ser violencia de género, pero en otros, pues no, realmente no hay esa coordinación y esa comunicación.” [E5]

La integración de los servicios sanitarios y sociales para dar una atención integral a personas mayores y pacientes crónicos se lleva a cabo en el nivel medio de gestión sanitaria (Herrera, Asencio, Kaknani y Mayor, 2016). La relación ocurre mediante:

“Protocolos de derivación y de apoyo, con reuniones y aproximaciones de distintos profesionales de la salud con el resto de profesionales sociosanitarios y pues a veces manteniendo vías de acceso fáciles y ágiles: por teléfono, en internet.” [E2]

La integración sociosanitaria implica ventajas como la simplificación del proceso de toma de decisiones, aumento de la satisfacción de los pacientes, a pesar de las barreras organizativas y financieras. Comunidades Autónomas como Castilla-La Mancha y Extremadura han unificado la Conserjería de Sanidad y Servicios Sociales (Jiménez y Prieto, 2012).

PERCEPCIÓN GENERAL DE LAS CIRCUNSTANCIAS

El sistema de salud actual a nivel regional en España es bueno, basado en un buen modelo y sistema el nivel de atención y prestación de servicios. A pesar de la inequidad debido a la localización geográfica que ocurre en ocasiones, a la intromisión del ámbito político y a la sectorización por Comunidades Autónomas:

“El modelo sobre el papel creo que es difícilmente mejorable; la aplicación siempre tiene puntos débiles, se ha avanzado mucho en los últimos años, queda mucho trabajo también por hacer, pero creo que en general nuestro modelo funciona porque se basa precisamente en las redes; se basa precisamente en la integración de los modelos asistenciales y en la coordinación con los niveles sociosanitarios” [E2]

La descentralización del sistema sanitario en Comunidades Autónomas puede provocar el incumplimiento de las condiciones de universalidad e igualdad de la protección sanitaria, como por ejemplo en el acceso de los servicios o los recursos materiales que cada Comunidades Autónomas oferta de distinta forma (Castillo, 2015).

Por lo tanto, la coordinación del sistema existe, pero es mejorable



“Aquí estamos invirtiendo mucho en lo que a la larga no nos va a aportar valor; yo creo que en el momento en que una parte del presupuesto se quitó, a lo que es la parte de Salud Pública, Prevención y Promoción de la salud, y ahí estamos fallando, ahí lo estamos haciendo mal; luego hay otra parte también de lo que es la Atención Paliativa que tampoco se está haciendo bien.” E5

El gasto en tecnologías sanitarias es importante para la toma de decisiones sanitarias, además de contemplar la eficiencia es necesario contemplar la equidad y la justicia distributiva (Parada, Taborda y Chicaíza, 2013).

En la actualidad se está invirtiendo mucho en nuevos tratamientos tecnológicos, medicamentos muy costosos, y muy poco para programas de prevención y promoción de la salud:

“Yo creo que eso es lo que fallamos, que lo que es la parte que de verdad va a aportar a largo plazo, no invertimos”. [E5]

Los expertos en Salud Pública y Atención Primaria en temas de promoción y prevención de la salud recomiendan mejorar la racionalidad y la independencia de la toma de decisiones sobre los programas preventivos poblacionales, mejorar el escaso desarrollo de la promoción de la salud, como por ejemplo en las actividades comunitarias, colaborando con los ayuntamientos, entre otros sectores (Márquez, Villegas, Soler y Martínez, 2014).

Actualmente la inversión en promoción y prevención es insuficiente y considerablemente más baja que para nuevas técnicas quirúrgicas, fármacos, tratamientos tecnológicos... La coordinación con ayuntamientos y otros sectores también es escasa e insuficiente.

La calificación media de las circunstancias sanitarias en salud en España de los entrevistados se encuentra entre un 7-8 (sobre una escala de 10), es bastante alta ya que se lleva a cabo y es fructífera, pero es insuficiente para las demandas actuales.

La situación en España es buena; el modelo es adecuado. Aunque las diferencias debido a la inequidad de algunas prestaciones sanitarias a causa de las diferencias geográficas o la excesiva inversión tecnológica y disminución del desarrollo de la promoción y prevención de la salud son algunas barreras que debe afrontar el SNS.

INEQUIDADES EN EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES Y SERVICIOS



La sanidad española es considerada como una de las mejores del mundo, debido a sus resultados en salud, su catálogo de prestaciones, su cobertura y accesibilidad y calidad técnica. El catálogo de prestaciones es muy amplio (Cotanda, 2011).

El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud esta reglado por la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema nacional de Salud, que estableció las condiciones básicas y comunes para una atención continuada, integral y en el nivel oportuno, que incluyera las prestaciones oportunas de la salud pública (Villalbí, Carreras, Martín y Hernández, 2010).

Los catálogos de servicios sanitarios son diferentes dentro de la Comunidades Autónomas, no están claramente definidos, y existen inequidades debido a la diferencia de recursos; podemos observarlo en afirmaciones como:

“No es lo mismo hablar de un hospital terciario que de un hospital comarcal, cada uno va a tener distintas capacidades de solución y distinto catálogo. No creo que, por lo menos yo lo desconozco, que ahora mismo exista un catálogo general... No existe hasta donde yo sé, un catálogo que defina claramente que cosas están dentro del sistema, salvo en casos muy concretos: atención dental, cirugía plástica, pero en general ahora mismo el sistema nuestro es con un catálogo casi infinito,”
[E2]

“Uno de los problemas que tenemos es que esos catálogos de servicios pues no son coherentes, no son igualitarios, por tanto, podemos encontrarnos que una persona que habita en España como ciudadano pueda no tener la misma oferta sanitaria, por una cuestión meramente geográfica, de vivir en una provincia perteneciendo a una región u otra.” [E3]

Por otro lado, algunos entrevistados afirman que las diferencias entre catálogos entre Comunidades Autónomas no son significativas, aunque los tiempos para la asistencia especializada sí que difieren mucho a nivel regional:

“El problema es la diferencia que tienen unas regiones sobre otras en recursos, en el aprovechamiento de esos recursos, y los resultados de esos recursos...” [E1]

Dichas inequidades ocurren debido a la autonomía y a las diferencias de financiación entre las 17 comunidades autónomas:



“Hay regiones más desfavorecidas, con menos presupuesto, con menos profesionales, donde el ciudadano no recibe el mismo tipo de asistencia que en otras.” [E5]

De tal forma, que existe un desarrollo desigual de las prestaciones del catálogo en el territorio nacional. A pesar de ello, el objetivo es la uniformidad del sistema sanitario español (Jerez, 2018).

Por ello, el contenido de la cartera de servicios del SNS garantiza la realización efectiva de prestaciones, y este contenido es el mínimo para las Comunidades Autónomas. Cada Comunidad Autónoma puede tener un catálogo propio mientras que incluya el mínimo exigido por el SNS. Las Comunidades Autónomas son las que definen la garantía de los tiempos asistenciales a su cartera de servicios, que consiste en la fijación de tiempos máximos para que sea efectivo el acceso, excluyendo intervenciones quirúrgicas de trasplantes (Fernández, 2011).

COPAGOS

El copago es el pago entre todos los ciudadanos, a través de los impuestos y el usuario final del servicio que se consume (Gallo, 2012). El copago en España distingue entre pensionistas y población activa, estableciendo un límite mensual de contribución de los pensionistas, y porcentajes de pago que varían según 3 grupos de renta de los ciudadanos activos. También existen subvenciones para medicación de tratamientos de tipo crónico, exenciones personales a ciertos colectivos vulnerables como personas con discapacidad, receptores de rentas de integración social y pensiones no contributivas, personas sin empleo que no cobran un subsidio por desempleo, y los tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (González, Rodríguez y Puig, 2016).

El copago es un tema controvertido; existen dos vertientes en España: por un lado, los gestores sanitarios que opinan que el copago es necesario e imprescindible para mejorar la financiación del sistema y la conciencia social del coste de los servicios y, por otro lado, los que están en contra debido a que se pierde la equidad del sistema y el carácter solidario.

El copago sería necesario debido a que la situación en España es insostenible, se consumen gran cantidad de recursos, existe falta de compromiso del ciudadano, excesiva demanda y excesiva medicalización. El copago se prevé como mejora de la conciencia social y del correcto uso de los recursos sanitarios:



“El que haga más uso, que pague un poco más” [E1]

Expertos proponen la inclusión de un ticket moderador para la demanda de la Atención Primaria y urgencias, cuya finalidad no sería recaudatoria, sino garantizar la sostenibilidad del sistema (González, 2017).

Entre los inconvenientes, podemos identificar algunos, tales como:

“Es una situación que políticamente no tiene buena “venta”, no es bien asumida por nuestra población porque no existe cultura de copago; la población de nuestra sociedad está acostumbrada a la sanidad gratuita, salvo elección personal del paciente” E2

El copago se vislumbra como la solución al problema en financiación del SNS. En España existe el copago de la farmacia ambulatoria:

“El mejor trabajo en copago que se ha hecho ha sido trabajar sobre la demanda sanitaria en cuenta a que era el uso de fármacos, y el que cada uno pague, de acuerdo a su situación, ha generado un uso mucho más racional de la medicación, evitando un mal uso general.” E2

Los usuarios deben pagar desde el Real Decreto-Ley 16/2012 el 60% del precio de venta al público del producto si su renta es igual o superior a 100.000€, y el 50% si sus ingresos son entre 18.000 y 100.000€. Las personas que estén en activo y su renta sea inferior a 18.000€ aportan un 40%. Los pensionistas de la Seguridad Social deben pagar el 10%, cuando sus ingresos sean iguales o menores de 100.000€. Los pensionistas tienen un límite de gasto máximo para la aportación del copago sanitario, para facilitar el acceso a los medicamentos. El gasto en medicamentos, material y productos farmacéuticos en España en 2014 supone el 1.36% del Producto Interior Bruto (PIB) (Martínez- López y Martínez- Gayo, 2019).

En España, el dinero recaudado en 2013 mediante el copago farmacéutico ascendió a 1.182,381 millones de euros, contribuyendo cada miembro de la población activa con un promedio de 19,1 € (2,72 € por receta) y cada pensionista con un promedio de 52,9 € (0,82 € por receta) (Minana, 2015).

Por otro lado, existe la vertiente que está en contra del copago, debido a que se pierde el carácter solidario del servicio público y puede provocar no tomar el tratamiento prescrito, con las complicaciones que conlleva:



“El copago en general, a mí no me gusta; creo que el copago lo que hace es identificar ineficiencias del sistema, es decir, las personas que tienen que hacer un copago no siempre son las personas que gastan más recursos, y no siempre son las personas con más recursos para poder gastar...si no tienes recursos para poder hacer ese copago a la farmacia, pues deja de tomarse la medicación y eso supone una complicación y colapsa el sistema, porque ese paciente no hace lo que tiene que hacer” [E4]

En este sentido, el copago afecta a la equidad del sistema, representa un obstáculo y discriminación de acceso a los servicios sanitarios. El pago reduce el uso de recursos sanitarios tanto efectivos como no efectivos, en el número de visitas médicas, las prescripciones farmacéuticas, las estancias hospitalarias y los servicios preventivos (Benach, Tarafa y Muntaner, 2012).

También existe otra vertiente intermedia que está a favor del copago sólo en ocasiones muy concretas y como penalización por el mal uso de la red sanitaria, pero no como cofinanciación del sistema:

“El copago debería de ser utilizado solamente en casos muy concretos y casi como modo de penalización ante el mal uso de la red sanitaria, es decir, no como un medio de cofinanciación del sistema, que para eso están los impuestos, sino más bien como una forma de identificar la corresponsabilidad del usuario y de los sistemas sanitarios con respecto a financiación y gasto de esos recursos.” [E4]

El copago es una herramienta utilizada en España para controlar el gasto sanitario y mejorar la utilización de los recursos farmacológicos. En general, los entrevistados están a favor del desarrollo del copago.

UNIVERSALIDAD

La universalidad es una característica esencial de los derechos humanos, en la que todos los derechos se atribuyen a todas las personas (Almiñana, 2015). La universalidad es un concepto fundamental en la Salud Pública (Fernández, Pérez y Cortés, 2016).

La atención sanitaria en España tiene carácter universal, y así es asumido por los informantes:



“La atención que se da es gratuita, y creo que es muy adecuada a las necesidades. Y los casos raros en que no se da esa atención universal pues son aquellos que ganan más de 100.000 euros al año, situaciones muy concretas, o gente que directamente no opta por la atención sanitaria y de alguna manera elige otras alternativas, pero la atención es universal, en principio, y se le da a todo el mundo y todo el mundo está incluido. En alguna medida, salvo en el caso de las rentas más altas, esos sí tendrían copago” [E2]

La tarjeta sanitaria no es necesaria para ser atendido en España:

“En nuestro sistema sanitario se atienden a todas las personas, tengan seguro, no tengan seguro, atendemos a todas las personas por igual los recursos que disponemos pues son accesibles tengan tarjeta no tengan tarjeta, en nuestra región no hay ese problema, de que no demos asistencia a todos los ciudadanos, aquí a todo el mundo se le atiende con lo que hay, pero sin hacer distinción”

E5

Pero existen aspectos del enfermo como los sociales, familiares, emocionales que no se cubren completamente.

En España todos los españoles o residentes con permiso son asegurados por la Seguridad Social, tienen Tarjeta Sanitaria, en función de la relación laboral o familiar. El acceso es diferente dependiendo de si se tiene la residencia administrativa, estar cotizando o haber cotizado anteriormente, tener derecho obtenido mediante un asegurado o por falta de medios. Los extranjeros que residan en España, se les pide un seguro como garantía de recursos, para que no supongan una carga del sistema público. Los españoles que se encuentren en situación de desempleo que permanezcan fuera de España durante más de 90 días pierden su derecho a la asistencia sanitaria (García, Biedma, Serrano del Rosal, y Ranchal, 2017).

La atención sanitaria en España tiene carácter universal, todos los ciudadanos tienen derecho a la asistencia sanitaria. El acceso a la Tarjeta Sanitaria depende de la relación laboral y familiar.

FINANCIACIÓN LOCAL

Alemania tiene el modelo Bismark basado en contribuciones obligatorias a fondos de la seguridad social o de cajas de enfermedad para las ramas profesiones, por el sector de los trabajadores y empresarios (Casas, 2010). Este modelo se caracteriza por el principio de los seguros, la



potenciación de la salud en relación con el trabajo y la financiación por cotizaciones sociales. La financiación sanitaria está por lo general a cargo de cajas de seguros de enfermedad, cuya gestión esta regionalizada. La oferta de asistencia sanitaria es mixta, generalmente, es decir, proveedores del sector público y privado. A pesar de ello, el modelo muestra en ocasiones problemas de déficits persistentes en las cajas de seguro de enfermedad (Coll, 2015).

En Alemania existe una financiación adicional a través de impuestos de origen nacional, regional y local, a diferencia de España que la financiación local no existe (Claves, 2018).

La financiación local de los servicios sanitarios como ocurre en Alemania no se considera un modelo de financiación óptimo para España, por algunos motivos como señalan nuestros informantes:

“Si partimos del modelo que tenemos aquí, la financiación local sería un cambio muy grande, organizativamente, en todos los sentidos. Porque sería darle a los ayuntamientos y las corporaciones un ámbito de influencia que ahora mismo no tiene. En el modelo alemán la estructura es diferente basado en mutuas y ahí su punto de partida es distinto y ellos yo creo que tienen más problemas de integración de esas estructuras, porque son mucho más variadas” E2

Pero el modelo español es mejorable si se integran en las zonas de salud a los ayuntamientos para crear sinergias entre ambas instituciones. Por ello, la administración pública debe asumir la financiación del gasto sanitario. La financiación local podría traer consigo inconvenientes como:

“El problema es que, si nosotros financiamos las organizaciones con dinero particular, perdemos el concepto de solidaridad.” E3

A pesar de ello, el modelo alemán podría ser utilizado para controlar el gasto sanitario y cumplir el presupuesto establecido, para suministrar la atención sanitaria de forma más eficiente según los entrevistados.

El sistema de salud alemán es uno de los países a nivel internacional con mayor gasto sanitario, un 11.3% del PIB, a pesar de que, los resultados obtenidos son similares a otros países con menor gasto sanitario. Esto disminuiría la eficiencia del sistema. Sin embargo, el modelo alemán tiene ventajas como la disminución de las listas de espera debidas al libre acceso de la atención a nivel ambulatorio (Comino, 2016).



FINANCIACIÓN EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

La Constitución Española ha derivado gran parte de la responsabilidad en el gasto de las necesidades públicas que garantizan el bienestar social. Esto ha provocado la descentralización económico-financiera del gasto público con servicios como sanidad, educación y servicios sociales (Martínez, 2017).

El modelo de financiación actual no incorpora mecanismos que aseguren el equilibrio entre las necesidades de gasto y la financiación, a lo largo del tiempo (Cantarero, Álvarez, Blázquez y Sáez, 2015). Los recursos para la atención sanitaria a nivel regional en España son limitados, aunque cada vez hay más recursos, el nivel de satisfacción es el mismo. La demanda de los recursos va en proporción a los recursos disponibles.

Los recursos son insuficientes, se debería de aumentar el producto interior bruto dedicado a sanidad:

“Desde la crisis económica de hace aproximadamente 10 años, la financiación de los servicios sanitarios no sólo se ha estancado, sino que ha disminuido. Dándose cuenta los no sanitarios en momentos como ahora, en que necesitamos los servicios sanitarios y los necesitamos de forma extraordinariamente vital; nos damos cuenta que no estar bien financiados está originando muchos problemas” [E3]

Sobre todo, en ciertos ámbitos de atención como al paciente crónico:

“Tenemos una muy buena atención y muy buenos recursos para la atención urgente del paciente crítico, y no tenemos tan buenos recursos para la atención al paciente crónico... Los recursos son suficientes para obtener unos buenos indicadores comparados con otros países, insuficientes en la atención al paciente crónico que es el que realmente genera quizá, más dificultad de atención a lo largo del tiempo, en esa continuidad.” [E2]

También existen recursos que no están bien dirigidos y distribuidos lo que provoca la existencia de focos de ineficiencia:

“No hay una flexibilidad presupuestaria, si en un momento dado los recursos materiales son necesarios y no hay presupuesto para esos materiales, se podría utilizar para eso. Lo que me preocupa es que estamos tan estancados con respecto a lo que son los recursos de atención sanitaria, que en



gestión de esos recursos administrativamente no tienen posibilidad de flexibilizar la utilización de esos recursos.” [E4]

El estado descentralizado obliga a realizar una distribución de competencias de gasto y fuentes tributarias entre los diferentes niveles del gobierno, previamente antes de la formulación de las políticas anuales de gasto e ingreso. La asignación previa de las fuentes de ingresos entre niveles de gobierno y distribución de competencia de gasto, supone un problema. Esto es debido a que es imposible garantizar los ingresos por tributos obtenidos para todos los gobiernos sean iguales a las necesidades de financiación (Recio y Montero, 2016).

Por otro lado, los recursos son suficientes, pero se debería dividir el presupuesto e invertir más en los recursos sociales, dado que, debido a cierta fascinación tecnológica y por la farmacología, no existe una eficiencia real que explique el gasto y los resultados. Entre Comunidades Autónomas existen diferencias presupuestarias.

La descentralización económica a las Comunidades Autónomas y la falta de equilibrio entre la financiación y el gasto sanitario provoca deficiencias en la distribución de recursos destinados a los pacientes crónicos y falta de capacidad redistributiva de los presupuestos.

FINANCIACIÓN A NIVEL NACIONAL

El modelo de financiación actual es suficiente pero no permite la correcta financiación de los servicios sanitarios debido a la distribución de los recursos. A nivel nacional existen inequidades, inadecuada distribución por no considerar el tamaño poblacional y las condiciones de cada Comunidad Autónoma:

“Cuando en un sistema público se determina que una cantidad de dinero va a un servicio público, el control de costes es simplemente financiero, es decir, no es de necesidades; lo que el político debe hacer es determinar cuáles son las necesidades porque el dinero viene de su decisión, no de un estudio de necesidades, sino de la decisión política.” [E3]

De esta forma, el problema de la financiación actual es la evolución del propio gasto sanitario. Existe un déficit sanitario entre el volumen de recursos disponibles y la prestación de servicios sanitarios y el gasto realizado (Hita, 2010).



Una solución sería el trabajo en gestión clínica y la desinversión de los servicios inapropiados y crear marcos de gobierno e innovación organizativa para dar soporte a las reformas estructurales (Cortés y López, 2014). Por ello, un reajuste en función de las necesidades reales y flexibilidad en el sistema permitiría que la financiación actual de los servicios sanitario sea suficiente:

“Los poderes públicos se tendrán que plantear cómo abordar ese presupuesto que necesita el sistema sanitario o como repartir lo que hay. A lo mejor es dejar el presupuesto que hay o repartirlo de otra manera, invertir pues eso en otros aspectos que ahora no se están invirtiendo, pero alguien tiene que tomar a lo mejor esa decisión..., a lo que de verdad pensemos que va a aportar eso, más valor y más salud: más programas, sobre todo programas que mejoren la salud de la población, no tanto hacer más hospitales, más centros de salud, más profesionales, a lo mejor hay que formarlos de otra manera, hay que valorar qué es lo que tenemos y cómo lo podemos repartir mucho mejor. Hacer un uso más eficiente.” [E5]

Esto es debido a que la Atención Primaria en España tiene una financiación presupuestaria insuficiente; la financiación se considera que atiende en menor proporción la universalidad del sistema en comparación con el hospital público. La Atención Primaria obtendrá mejores niveles sanitarios de calidad cuando sea utilizada por todos los estratos sociales, inclusive aquellos con más capacidad de influencia (Simó y Gérvas, 2012).

El SNS en España no incorpora el análisis coste-efectividad en la toma de decisiones de las tecnológicas y prestaciones que integran cartera de servicios, tampoco ha desarrollado instituciones de evaluación que sean capaces de desarrollar dicha función. Esto puede ser debido a la escasez de voluntad de los políticos a nivel estatal y autonómico para introducir el análisis coste-efectividad y la falta de transparencia e independencia de los procesos evaluativos. También a la rigidez entre el sistema sanitario descentralizado y la evaluación con sus economías de escala importantes, las dificultades técnicas en la evaluación y su capacidad para influir en la toma de decisiones. Y finalmente el rechazo social y profesional a la exclusión de prestaciones percibidas como indiscriminadas (Artells, Peiró y Meneu, 2014).

ÁREAS DE GESTIÓN UNIFICADAS

El modelo de gestión de área unificada favorece la gestión de las redes de salud, el planteamiento de un modelo de redes sin área unificada sería erróneo.



La Atención Primaria debe articular los servicios sanitarios y sociales, centrándose en las necesidades del paciente y potenciando la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales (Merino, Zabala, Amengual, Márquez y de Manuel, 2015). El modelo recoge los conceptos de integración horizontal y vertical contemplados en las redes.

La gestión de área unificada requiere determinadas precauciones para que el hospital no absorba la mayor parte de los recursos y Atención Primaria quede perjudicada:

“Que desde la dirección y desde la estructura se ponderen de manera similar los distintos niveles asistenciales, que cada uno de alguna manera tiene un peso específico y una organización acorde con la importancia que tiene.... El apoyo de la informática ha resultado muy importante y ha ayudado mucho, y los controles que ahora mismo tenemos hacia los profesionales son de todo ámbito, desde la actividad, la calidad, formas, tiempos, los indicadores tan bien, bien especificados y cada año son mejores” [E2]

El sistema sanitario español se caracteriza por la fragmentación entre los diferentes niveles asistenciales, lo que dificulta la utilización de los servicios sociosanitarios, fundamentales debido a la cronicidad y el aumento del envejecimiento. El elemento central sería conseguir la integración vertical entre los diferentes niveles para conseguir la eficiencia del sistema (Panisello, 2017). Por otro lado, la competencia horizontal entre diferentes unidades que constituyen un sistema o sus relaciones desempeñan un papel fundamental para entender la eficiencia de los sistemas y los mecanismos competitivos y cooperativos (Cámara, 2011). En la atención continuada, el médico acompaña en la atención al paciente entre los diferentes niveles (Waibel, Martínez y Vázquez, 2010).

Se lleva a cabo una verdadera gestión sanitaria en el área de salud integrada, aunque mejorable, que depende básicamente de las estructuras que dirigen el área. En la medida que se implemente la gestión de procesos, aunque falta toda vía por desarrollar la igualdad entre los dos niveles asistenciales y dar más importancia al ámbito social, preventivo y educacional.

“Una gestión sanitaria en el centro de salud no siempre es llevada de una manera efectiva porque aún queda un poso de hospitalocentrismo y de tecnificación sanitaria que hace que los recursos vayan más centrados a una parte del sistema sanitario que a otra.” [E4]



Esto se debe a que la integración del entorno social al entorno sanitario es fundamental para afrontar eficientemente la dependencia que sufren ciertos pacientes, como por ejemplo los crónicos y también el soporte al cuidador como colaborador en salud (Sánchez y Casado, 2014).

Esta gestión sanitaria requiere el planteamiento de objetivos comunes, que vayan en esa línea y de la capacitación de las personas que puedan llevarlo a cabo. También se debe mantener las relaciones con los ayuntamientos, industrias y asociaciones. Sin embargo, también depende de factores individuales, como del gestor que gestiona el área:

“Aspectos como conocimiento en profundidad de su oficio por los equipos directivos, nivel de liderazgo en transmitir a los agentes últimos de provisión de servicios de salud y de prevención. Entonces es una situación muy variable y depende de factores desgraciadamente demasiado individuales.” [E3]

Los aspectos individuales del gestor sanitario, como los mencionados anteriormente, interfieren en la capacidad del mismo para lograr un correcto y beneficioso desarrollo de su trabajo. Esto implica la consecución de los objetivos propuestos y el desarrollo del sistema.

La gestión de área unificada es fundamental para garantizar una adecuada asistencia sanitaria. La coordinación horizontal y vertical de los diferentes niveles asistenciales que conforman el SNS es fundamental para lograr el objetivo fundamental que es la salud.

FORMACIÓN DEL GESTOR

Los cargos de gestión de los centros sanitarios se ocupan de planificar, organizar, dirigir, controlar y coordinar los servicios médicos y de salud en hospitales, clínicas, organismos públicos y organizaciones semejantes. El propósito es alcanzar la eficiencia máxima en la gestión de las instituciones sanitarias que dirigen. Para ello se establecen las estrategias de su organización, los objetivos y planes de gestión, y los someten a los órganos de control preestablecidos. De esta forma, son los últimos responsables de su institución y de los resultados de la gestión dentro del ámbito de competencia. En el desempeño de las funciones mencionadas anteriormente, deben atender a las personas de la organización, a sus grupos de interés y órganos de representación, aprobar el presupuesto y priorizar las inversiones, fomentar la calidad del servicio y la formación,



proteger por el patrimonio de la organización y dirigir las comisiones que surjan de la gestión de su área (Alamillos y Collazos, 2015).

Por consiguiente, los gestores sanitarios es fundamental que posean una serie de conocimientos específicos inherentes o herramientas para desarrollar organizaciones complejas como la de redes. El gestor debe poseer una alta capacitación profesional garantizada por un nivel mínimo de formación. Pero, no existen requisitos específicos para para completar la capacitación como gerente regional de la red de salud. Aunque, sí es importante poseer conocimientos para tomar las decisiones, conocer los elementos de la organizaciones, legislación y gestión de recursos. No es importante poseer un título específico sino poseer las competencias necesarias.

Para completar dicha capacitación regional como gerente de salud no es necesario tener una titulación universitaria determinada ni es obligatorio ser un profesional sanitario; existen gestores que son economistas y abogados que aportan otra formación y otras habilidades diferentes, pero sí es recomendable, al menos tener conocimientos sobre la atención sanitaria.

“La formación sanitaria no garantiza la capacitación, pero sí que sería importante que esa persona tuviera una titulación sanitaria, no es necesaria pero sí importante. Yo creo que tenemos muchos ejemplos de los cuales la titulación sanitaria para ocupar esos puestos no ha garantizado que ocupen de una forma efectiva esos puestos.” [E4]

Las oportunidades educativas para los administradores de redes de salud constan de estudios de postgrado, como máster o cursos. Estos másteres no están organizados por el ministerio de Sanidad a nivel nacional o por Comunidades Autónomas y en ocasiones no son conocidos. A pesar de las oportunidades educativas para acceder a un puesto de gestión, es necesaria la decisión política, y en ocasiones no es debido a las capacidades profesionales otorgadas a través de una titulación. Así pues, un gestor sanitario debe tener múltiples conocimientos de gestión y trabajo en redes, atención a la salud, tecnologías y sistemas de la información, economía de la salud, humanista y social, en gestión y políticas sanitarias, formación en medio ambiente, etc...

“Hay que dotarle de esos conocimientos: organización, herramientas de gestión clínica, herramientas del sistema de información, herramientas de calidad, herramientas de gestión económica, herramientas de gestión de aprovisionamiento, herramientas de gestión de



tecnologías, herramientas de innovación, todo eso debe ser contenido y entiendo que debe de tener ese tipo de alumno o de estudiante o de profesional.” [E1]

Además, debe poseer conocimientos sobre promoción y prevención de la salud:

“Pues debe de tener además de la formación específica sanitaria, debe tener una visión diferente del concepto de la salud, en la que no solamente se hable de las enfermedades, sino también de promoción de la salud, utilizando todos los esquemas que puso en marcha ya hace algunos años la fundación americana “patient permanent” y no dedicarse sólo a los pacientes sino también a la población, por eso el lema de las redes tiene que ser hablar de salud poblacional y no hablar de salud individual.” [E6]

Es de vital importancia que los gestores se deben centrar en enfatizar que los programas educativos incluyan competencias relacionadas con la comunidad, de Salud Pública, culturales, defensa y desarrollo de la salud comunitaria, resolución de problemas, creatividad, motivación y autorreflexión (Morán, 2013).

La función del gestor sanitario es fundamental para el desarrollo de la organización. Por ello, la correcta formación del gestor encaminada a alcanzar la eficiencia máxima del sistema es prioritaria. El gestor debe poseer una capacitación profesional mínima para poder desempeñar el cargo, aunque no es necesario un título concreto sino los conocimientos y formación necesaria para el cumplimiento de sus funciones. Actualmente, en España existen cursos y másteres que aportan los conocimientos necesarios, pero no son oficiales ni exigidos. Esta formación aporta conocimientos sobre gestión y trabajo en redes, atención a la salud (promoción y prevención), tecnologías y sistemas de la información, economía de la salud, humanista y social, en gestión y políticas sanitarias, formación en medio ambiente, entre otros.

- FORMACIÓN EN GESTIÓN Y TRABAJO EN REDES

Los conocimientos de las Redes de Atención sanitaria se incluyen en la formación de gestores y personal directivo.

“A nivel de dirección de unidades pequeñas, centros de salud, jefaturas de servicios, unidades de servicios en los hospitales también me consta que se trabaja en ese sentido, pero tan bien de una manera no excesivamente formalizada.” [E2]



Dicha capacitación normalmente es posterior al acceso al cargo, aunque es fundamental estar formado previamente antes de acceder al mismo. Se incluye en ámbitos la formación de gestores de salud, aunque en ocasiones no ocurre la formación hasta que no se accede al puesto. Además, en ciertos estudios de Grado como medicina o enfermería de algunas Universidades ya se incluyen asignaturas de planificación sanitaria y de este modelo de organización.

La formación específica debe incluir aportar una visión diferente del sistema o de la red que debe tener un gestor, redes sanitarias y para qué sirven, cómo establecerlas, la gestión de recursos, la integración de los objetivos de la meta del sistema y la información sobre el conjunto y aspectos generales del sistema sanitario, sistemas sociales, sistemas educativos, cuestiones relacionadas con la educación, formación en el manejo de medios y, además, de la integralidad del sistema, crear sinergias con otras instituciones, Ayuntamientos, asociaciones de vecinos y con la estructura sociosanitaria.

Las competencias específicas que debe poseer un gestor de redes de salud para el avance de la atención integrada incluyen una visión global del sistema, la atención centrada en el paciente, participación, comunicación, liderazgo, gestión del talento, gestión racional, gestión de innovación, gestión del cambio, gestión de recursos y la digitalización (Hernández, García, López, Castell y Martí, 2019).

La formación en gestión y trabajo en redes en España ocurre normalmente posterior a la obtención del cargo, a pesar de que existe formación sobre el tema en ciertos grados sanitarios. La formación debe incluir conocimientos sobre las redes sanitarias, su función, sus componentes, etc. Además, debe poseer competencias como la comunicación, la gestión de recursos, entre otras.

FORMACIÓN EN ATENCIÓN A LA SALUD

La formación en atención de la salud no forma parte de los conocimientos necesarios para desarrollar la profesión como gestor de la salud. El gestor sanitario no tiene funciones asistenciales. Por un lado, existen en España perfiles de gestores sanitarios que no son sanitarios ni tienen formación en atención a la Salud, como son graduados en economía, derecho, entre otras:

“Yo no soy asistencial, con lo cual no tengo una formación en atención sanitaria.” E1



Por otro lado, los perfiles de profesionales médicos y especialistas incluyen programas educativos de gestión y liderazgo, para que puedan desarrollar su carrera profesional como gestores sanitarios también. Los perfiles profesionales deben de dar respuesta a las necesidades del sistema sanitario y por ello una de las ventajas son los conocimientos sanitarios en los gestores de salud que proporciona más conocimientos sobre el sistema (Morán, 2013). El gestor sanitario actual debe conocer la formación, las actividades de investigación, desarrollo e innovación que desarrollan los profesionales sanitarios lo que favorece el desarrollo y la calidad del sistema (Ayuso y Herrera, 2017).

En Australia, las competencias clave que destacan en un gestor sanitario son el conocimiento del entorno sanitario, estableciendo como requisito la formación sanitaria (Liang, Howard, Koh y Leggat, 2013). Además, en estudios relacionados con las competencias de gestión de la atención a la salud, realizados en este entorno, se muestra que las competencias son mayores en gerentes con roles clínicos (Lockhart y Backman, 2009).

En Ibero-América, en muchas ocasiones los profesionales de la salud tienen contacto con la gestión cuando acceden al cargo administrativo, y a pesar de tener conocimientos en salud, les falta formación en otros aspectos fundamentales para desarrollar la gestión sanitaria. A pesar de ello, los profesionales sanitarios pueden ser muy buenos gestores sanitarios si se forman previamente como gestores. Esto supone un beneficio debido al cambio actual del tipo de gestión que está basado en la anticipación y asumir riesgos y cambios de forma rápida de las nuevas tecnologías, etc (Vargas, Portillo y León, 2013).

Las experiencias en Chile son muy positivas en este sentido, siendo una clara evidencia de beneficio en la formación del gestor de RAS; concretamente en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se trabaja con equipos directivos para desarrollar las competencias esenciales para gestionar una red de atención a la salud de servicios de salud, hospitales y centros de Atención Primaria (Vergara, Bisama y Moncada, 2012).

En la Región de Murcia, la Secretaría General Técnica se encarga de la Unidad Administrativa de Coordinación con las competencias para los servicios generales y comunes como la económica y financiera, los sistemas y tecnologías de información, las bases de datos en el ámbito científico y sanitario, asesoramiento jurídico y normativo, entre otros. La Dirección de Gerencia del SMS



depende de dicha secretaría (Ferrándiz, 2017). Por tanto, la formación en atención a la salud es importante, fundamental, ya que favorece los conocimientos sobre el sistema, pero no es imprescindible a día de hoy para desarrollar la función de gestor sanitario en España.

- FORMACIÓN EN TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN

Actualmente, las tecnologías son una parte esencial del sector sanitario, facilitan la transmisión de información entre pacientes, entre profesionales, y entre pacientes y profesionales. También, al implementar internet en las instituciones sanitarias ha supuesto grandes avances en el sector, a nivel tecnológico (Oliver e Iñiguez, 2017). Así pues, es fundamental que el gestor sanitario posea conocimientos sobre tecnologías y sistemas de la información para continuar el desarrollo en el ámbito.

La formación en tecnologías y sistemas de la información forma parte de la formación como gestor y actualmente se incluye. Sin embargo, en otras ocasiones el desarrollo de dicha formación ha sido mediante la práctica y de una forma no reglada.

La formación en tecnologías debe incluir formación en manejo de medios informáticos, redes sociales, tecnología y debería estar contemplado en la formación reglada:

“Con el tema de las tecnologías y sistemas de información es una herramienta importantísima a la hora de poder coordinar todos los actores de salud... vamos a tener que aprender a hacer educación grupal utilizando esas redes sanitarias, utilizando esa tecnología nueva y vamos a tener que ponernos las pilas muy rápido. Y es muy importante que aprendamos esas cosas.” [E4]

La formación en tecnologías y sistemas de la información en el sector sanitario cada vez es más necesaria debido al desarrollo tecnológico de los últimos años. Aunque se suele obtener dicha formación de forma no reglada y posteriormente a la obtención del cargo, actualmente se incluye en la formación previa sobre medios informáticos, redes sociales, etc.

- FORMACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD

La formación en economía de la salud forma parte en algunos casos de la formación como gestor, otras veces el gestor la desarrolla desde su práctica por voluntad propia.



“El cuadro de mando básico, si depende del gestor, ese es su ámbito de trabajo y en ese sentido sí que tiene que tener formación económica. Pero sobre todo lo que tiene que tener es buena asesoramiento por parte de la dirección de gestión y de apoyo que le llevaría informando en cada momento de la situación.” [E2]

Actualmente la formación en economía se incluye en la formación de gestores de salud, mediante cursos informales e información de las instituciones de apoyo a nivel nacional. Aunque no existen actividades regladas en este contexto, existe colaboración con las universidades, con el departamento de economía para la salud, en el que se desarrollan actividades, proyectos, formación y jornadas. Dicha formación debe incluir conocimientos teóricos y experiencias prácticas de los sistemas de evaluación económica y técnicas de evaluación, el uso racional de los recursos, gestión de costes, evaluar la eficiencia y efectividad del producto, los gastos y el beneficio que producen, y la organización de servicios en función de las posibilidades económicas.

En España existen profesionales de la salud con interés por la economía de la salud y, por otro lado, también existen economistas de la salud. La mayoría trabajan para las Administraciones públicas. Los profesionales españoles tienen un amplio interés por la economía y la gestión en salud (Trapero y Oliva, 2016).

La formación en economía de la salud se incluye en la formación previa como gestor, aunque en España en ocasiones se ha obtenido posteriormente a la obtención del cargo. La formación en economía es de las más desarrolladas a nivel nacional e incluye el uso racional de los recursos, gestión de costes, la evaluación de coste-beneficio, etc.

- FORMACIÓN HUMANISTA Y SOCIAL

La formación humanista y social se incluye en la formación por voluntad propia del gestor. Esta formación es importante pero no imprescindible para el desarrollo del curriculum formativo del gestor. De forma que, no se incluye una formación regalada sobre este tema, más allá de aspectos sociológicos o de marketing. Dicha formación debe ser inherente a la formación general desde que el individuo comienza su etapa escolar. La formación humanista y social proporciona empatía sobre los problemas sociales y los problemas en el aspecto más humano. Debe incluir el conocimiento de situaciones generales de pacientes de salud mental, de paliativos, de la familia, sobre temas humanísticos, red social o comunicación con la ciudadanía.



“Antropología, situaciones de riesgo de exclusión social, tipos de relación, tipos de estructuras social y familiar, relaciones con grupos de accesibilidad social, accesibilidad a sistemas sociales en función de esa estructura familiar y social que tienen, conocer o hacer una estructura de cuál es la zona básica de salud o el área que están trabajando, que recursos tiene, que estructura tiene a nivel económico, que accesibilidad tiene al sistema sanitario, todo ese tipo de cosas son las que tendrían que analizarse y tendríamos que aprender a cómo hacerlo” [E4]

Los gestores de salud no pueden saber de todo en profundidad, pero deben ser permeables a las necesidades de la población, buscar herramientas y estar asesorados sobre los temas que afectan a la población.

La comunicación es una habilidad social fundamental que debe desarrollar el gestor de redes de salud para el correcto funcionamiento de sus funciones. La comunicación es un factor determinante en la coordinación de los diferentes niveles asistenciales: aumenta la eficacia del liderazgo, favorece el consenso y la toma de decisiones, mejora la comunicación interna y facilita el desempeño de las funciones de los directivos de enfermería, la comunicación ineficaz es una debilidad en la gestión de Atención Primaria (López, 2011).

La formación humanista no forma parte de la formación como gestor, sino que forma parte de la decisión propia del profesional. Debería de ser una disciplina que se impartiera en todas las etapas de formación de los profesionales. En cambio, la formación social y en habilidades sociales es más común y en ocasiones sí se aprende antes de ocupar el puesto. Ambas son imprescindibles para el desarrollo de las competencias como gestor sanitario.

- FORMACIÓN EN GESTIÓN Y POLÍTICAS SANITARIAS

La evaluación de los planes, de las políticas y de programas de salud es un elemento clave de la gestión (Villalbí, y Tresserras, 2011).

En la actualidad, existen másteres de gestión y provisión de servicios sanitarios. En la formación del gestor, la formación en gestión y políticas sanitarias es la que más prioridad tiene, con respecto a la formación en los temas mencionados anteriormente. Dicha formación debe incluir claramente:



“una formación en planificación sanitaria, en análisis de resultados de salud, y también tener dotes organizativas.” [E6]

Además, los entrevistados destacan:

“Conocimientos de qué es Atención Primaria, cuáles son las redes sociales, las relaciones que se establecen entre los diferentes niveles asistenciales, ... muchos gestores pasan a ser gestores de área sin tener conocimientos de una parte del área de la que están gestionando, pues yo creo que una formación en gestión sanitaria tendría que ser una formación establecida, básica sobre política sanitaria, sobre administración en política sanitaria, sobre gestión, tanto en una estructura sanitaria como otra, a nivel primario, a nivel secundario, relaciones entre esos niveles asistenciales, eso tendría que aprenderse antes de empezar a gestionar una estructura sanitaria de ese tipo.” [E4]

En la actualidad, los gestores y políticos sanitarios tanto del sector público o privado deben aumentar su preparación; es necesario promover la carrera profesional de gestores sanitarios para que desarrollen nuevos perfiles y habilidades acordes a las necesidades actuales. Los gestores deben centrarse en la microgestión sanitaria e incorporar nuevos modelos de gestión en los centros sanitarios (Fernández y Vaquera, 2012).

CONSULTAS NO PRESENCIALES, SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

Las nuevas tecnologías favorecen la aplicación de las redes de salud

“Las tecnologías sanitarias son lo mejor que nos podía haber pasado Aportan tanto, lo hacen tan en tiempo real que realmente los beneficios son a todos los niveles.” [E2]

Estas tecnologías se presentan como el futuro desarrollo de la organización sanitaria, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Se presentan como nuevas vías de comunicación y seguimiento del paciente, seguras, eficaces y con las mismas garantías que la atención presencial.

Las consultas no presenciales aportan un recurso muy útil para la mejorar la accesibilidad y producir más tiempo de consulta presencial. Además, de ser capaces de resolver diversos tipos de problemas, en distintos grupos de edad (De la Fuente, et al., 2018). Uno de los beneficios es que evitan un gran número de visitas innecesarias al centro de salud, de tal forma que benefician



al médico y al paciente (Monsalve, Peñalba y Lastra, 2013). Sin embargo, es necesario conocer y consensuar los procesos abordables para este tipo de consulta, el tiempo necesario para la misma, y asegurar la confidencialidad y satisfacción de los pacientes y formar a los profesionales en este tipo de competencias (Freire, Dosantos y Gómez, 2016).

Las experiencias de consulta no presencial o seguimiento a través de las soluciones tecnológicas son muy beneficiosas, efectivas y eficientes para el sistema:

“Tiene beneficios por cualquier lado, tiempo, desplazamiento del paciente, gastos derivados de ese desplazamiento, gastos derivados de la pérdida de trabajo, de horas de trabajo, simplicidad, conocimiento de la situación del paciente por parte del especialista, lo cual le pones en situación antes de llegar y de tener que asistirlo, si es que lo tienes que asistir y sobre todo simplifica las listas de espera de una manera espectacular.” [E2]

Los beneficios de la utilización de la derivación telefónica de Atención Primaria de salud hacia la atención hospitalaria reduce significativamente los días de espera para las consultas, este tipo de derivación no supone ni un tiempo ni un gasto excesivo para los médicos de Atención Primaria (Azogil, Pérez, Ávila, Medrano y Coronado, 2018). Por otro lado, el seguimiento telefónico por parte de las enfermeras de Atención Primaria a los pacientes durante las primeras 24-48 horas tras el alta hospitalaria es una herramienta para garantizar la continuidad asistencial y la calidad de los servicios sanitarios (Calvo, Rodríguez, Villarubia, López y Maldonado, 2015).

Además, sirven para establecer otro tipo de relaciones con pacientes crónicos más fructíferas, desligar al paciente de la consulta presencial, que en muchos casos son innecesarias por el estado del paciente y provocan la movilización de gran cantidad de recursos a su alrededor, como familia, tiempo...

“Nuestros pacientes, a los cuales, teníamos con una patología crónica de años, a los cuales no le dábamos más información porque tienen toda la información desde hace años sobre sus cuidados de salud, pero le seguíamos manteniendo atados y ligados a una consulta presencial, que hacía que ese paciente cada tres meses viniera a vernos solamente para hacer una técnica que ellos también hacían en su casa una vez a la semana.” [E4]



No sólo se puede utilizar las consultas telefónicas o telemáticas sino también videoconferencias, dependiendo de los recursos disponibles. De esta forma se cambia la relación terapéutica con los pacientes, lo que permite también poder dedicar más tiempo y enfatizar en pacientes que sí necesitan esa consulta presencial y necesitan más tiempo. La satisfacción de los ciudadanos en las consultas no presenciales es igual a las presenciales. Esto supone un cambio cultural importante, pero necesario.

La consulta telefónica aporta niveles muy altos de satisfacción en los pacientes y resuelve correctamente la mayoría de los problemas (García de Ribera, et al., 2010).

También existen otras utilidades, tales como las llamadas telefónicas como triaje telefónico pediátrico se vislumbran como un recurso ágil y útil para facilitar asuntos administrativos, dudas sobre fármacos...es un método cómodo y barato y reduce notablemente las visitas pediátricas (Mendiola, et al., 2014).

Las consultas no presenciales y el seguimiento telefónico son nuevas herramientas tecnológicas para facilitar la comunicación y agilizar la asistencia sanitaria. Se presentan como alternativas seguras, eficaces y con las mismas garantías que la atención presencial. Entre los beneficios destacan la mejora en accesibilidad, de evitar consultas y traslados de pacientes innecesarios y facilitar el seguimiento del paciente y la comunicación médico-paciente. La satisfacción del paciente es alta con respecto a este tipo de herramientas.

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO

La Historia Clínica es definida en la Ley 41/2002 como el conjunto de documentos que incluyen datos, valoraciones e informaciones de cualquier naturaleza sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial (Rodríguez, de la Torre y Pascual, 2011).

Las limitaciones que presenta utilizar distintos programas informáticos para el registro de la historia clínica en Atención Primaria y Atención Especializada radican en tener dos softwares distintos para un mismo paciente en la Región de Murcia, con la generación de inconvenientes evidentes:

“No hay acceso a la información de la otra parte, tener que perder el tiempo buscando la otra historia, si es que hay acceso, para saber lo que realmente ha pasado.... Es decir, básicamente lo



que exige en el caso que ahora mismo tenemos en nuestra región, podemos acceder a la historia del hospital, o el hospital puede acceder a nuestra historia (centro de salud) o a gran parte de la historia, pero exige tiempo. Entonces, básicamente lo que lleva es a retrasos” [E2]

Esto puede provocar inconvenientes como la repetición de pruebas innecesarias, medicación interaccione entre sí, y que se produzcan parcelas en la atención al paciente, no atendiéndolo de forma integral. A pesar de ello, actualmente el acceso a las diferentes historias clínicas del paciente existe y permite conocer gran cantidad de información, informes, resultados, documentación del hospital, tiempo de ingreso hospitalario... anteriormente toda esta información era conocida mediante el paciente. Aunque para acceder a la información es necesario conocer muy bien ambos soportes informáticos.

Los diferentes programas informáticos para la historia clínica de un paciente son debido a que la incorporación en España de las tecnologías de información y comunicación en el sector sanitario paulatino ha sido paulatina, lo que ha provocado gran cantidad de sistemas aislados, procedentes de diferentes proveedores, con información duplicada y en ocasiones inaccesible desde todo el hospital, área, Comunidad Autónoma o país (Aleixandre, Ferrer y Peset, 2010).

Por ello, el objetivo es seguir avanzando en este tema y crear una historia clínica única para el paciente con acceso a todos los agentes de salud implicados. Esta opción de mejora consiste en un único sistema de información integrado para toda la red

“El uso de la historia clínica de manera conjunta, del acceso a los datos y a esa información, tanto por parte del nivel asistencial de Primaria como a nivel secundario, que es imprescindible para mejorar la calidad de la atención, para disminuir y evitar sesgos y errores en el tratamiento y seguimiento.” [E2]

La historia clínica debe cumplir los criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial, con el fin de facilitar el oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial (Medrano y Pacheco, 2015). En la Región de Murcia se utiliza el programa informático “OMI-AP”, en Atención Primaria y “SELENE”, en atención hospitalizada como soportes de la historia clínica del paciente. Ambos soportes se relacionan mediante un portal informático llamado “AGORA”. También se utilizan programas informáticos como el “Gota” para control de pacientes anticoagulados, para enviar el resultado de la prueba y



el tratamiento desde el centro de salud al especialista, y viceversa. Además, existe otro programa para la gestión de farmacia y la dispensación de tratamientos.

A pesar de ello, la historia clínica informatizada tiene importantes beneficios como la accesibilidad y disponibilidad, las múltiples visualizaciones de los datos, al comunicación con otros profesionales, la comunicación con los pacientes (potencialmente puede generar un canal de comunicación entre el paciente y el equipo sanitario), añadir datos, acceso a bases de conocimiento, integración con el soporte para la toma de decisiones, beneficio económico a nivel organizacional y mejorar en la calidad de la atención (De Quirós y Luna, 2012).

El soporte informático no requiere la introducción de datos de salud de la Región, pues es un soporte de historia clínica individual. Sólo requiere datos del paciente. Para acceder a otro software externo se necesita el consentimiento del paciente para poder volcar sus datos y visualizarlos. A pesar de ello, el sistema informático se basa fundamentalmente en el plan de salud de cada comunidad.

La información más importante y valiosa que se obtiene a través de este software es conocer la situación clínica del estado de salud del paciente, su evolución a lo largo del tiempo y tener una visión global de las próximas citas, pruebas, resultados de forma telemática. Para conocer la situación de salud del paciente y su evolución no es necesario tenerlo físicamente delante. También sirve para conocer la salud poblacional.

Una solución momentánea para paliar las diferentes estructuras informáticas de los diferentes servicios sanitarios es la implantación de visores universales basados en los estándares que integran los sistemas electrónicos actuales. En la Comunidad de Madrid existe el visualizador HORUS (Ramos, Alfaro y Santiago, 2011)

El software no necesita introducir datos procedentes de otras bases de datos externas para su correcto funcionamiento. Aunque sí necesita datos poblacionales. La información del software está correctamente estructurada, no es necesario introducir más información.

En España, se ha desarrollado un software integrado en el programa informático SELENE, para automatizar la detección de eventos relacionados con los medicamentos en todos los pacientes del hospital (de Sevilla, Gómez, Úbeda y Téllez, 2012).



El acceso del paciente para introducir datos en su historia clínica y compartirlos con los profesionales sanitarios sería útil para monitorizar ciertos parámetros básicos que el paciente se mide en su casa, si el paciente recoge su medicación de farmacia, lo que aportaría más información a tiempo real del paciente, y da la posibilidad de tomar decisiones. Por otro lado, apenas existe información sobre los ciudadanos, en la población sana, debido a que en ellos es donde se lleva a cabo la promoción de la salud.

El gestor de salud para el desempeño de su trabajo cuenta con un sistema de indicadores, es decir, un cuadro de mando. Aunque actualmente es poco utilizado:

“Ahora mismo la dirección conoce cada una de las actividades que yo realizo a lo largo del día, todo. La calidad con la que lo realizo y la situación de mis pacientes. ¿Es mejorable?, Sí, hay muchos aspectos a mejorar, obtener todos esos datos exige un esfuerzo muy importante de complementación, que supone tiempo y esfuerzo.” [E2]

Mediante “el portal de inteligencia de negocio”, que es un cuadro de mando de Atención Primaria, se accede a la información de las actividades realizadas, a los datos de los pacientes, como el número de pacientes que está vacunado o los planes de cuidados que se realizan a los pacientes..., aunque apenas a los resultados de esas actividades. Este cuadro de mando permite observar los datos y subsanar las ineficiencias del sistema. Sin un sistema de indicadores no se pueden tomar decisiones con rigor.

En España debido a la incorporación gradual de las tecnologías de la información ha provocado diferentes programas informáticos por Comunidad Autónoma y entre los niveles asistenciales, lo que provoca diferentes historias clínicas y dificultades en el acceso. El sistema de información integrado con una historia clínica única por paciente para todos los niveles asistenciales es el objetivo para evitar inconvenientes entre los que destacan la duplicación de pruebas innecesarias e interacción farmacológica. Actualmente para paliar estos inconvenientes existen portales de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales. Además, el gestor sanitario posee un sistema de indicadores que le permite conocer las actividades realizadas, datos de pacientes...

REDES REALES



Los desafíos y problemas clave para los gestores sanitarios de redes de salud regionales al desarrollar una región de salud son sobre todo el aspecto económico, encontrar el equilibrio entre los recursos disponibles y las necesidades y demandas de la red. De tal forma, que se consiga mayor eficacia y efectividad del sistema.

“El aspecto profesional, de cara a la resolución del problema, en el aspecto socio-cultural y que el trabajo no sea bien entendido, el que no esté vendida la actividad adecuadamente, que la población no lo entienda... cuando el ámbito político no respalda el aspecto profesional, cuando los intereses se interponen en lo que son los indicadores de salud.” [E2]

Este es un desafío importante que impide en ocasiones el funcionamiento racional del sector. También es importante que los profesionales del sistema conozcan los objetivos del mismo, las tareas, las metas, que entiendan el funcionamiento, sus tareas y funciones. Y a los empleados que no cumplen su responsabilidad profesional no premiarlos o premiar de alguna forma a los que sí la cumplen. De tal forma, que se fomente la realización de sus funciones explicada y estimulada concretamente. Además, los restos organizativos, que el gestor sanitario adquiera la formación necesaria para desarrollar la red, y tener la capacidad y herramientas para desarrollarla:

“La prioridad más importante es una alta capacidad de análisis con empleo de tecnologías informáticas, un buen nivel de priorización de los problemas analizados y un buen nivel de gestión para implementar las soluciones priorizadas.” [E3]

Uno de los principales desafíos es aumentar la eficiencia del sistema sanitario. Para ello, es necesario mejorar la productividad interna del sistema, que repercute en la economía. La implicación de los profesionales es necesaria para conseguir mayor calidad asistencial con el mínimo consumo de recursos y con la ayuda de la tecnología apropiada. (Miranda, 2014) Para mejorar los resultados de las organizaciones sanitarias es imprescindible la creación de modelos innovadores que faciliten la implicación de las profesiones (Hernández, Polanco, Solinis, Hernández y Zaldua, 2014).

Las redes son una solución para administrar políticas y proyectos con escasos recursos y problemas complejos en los que intervienen diferentes agentes y se encuentra con un aumento de la demanda y participación ciudadana (Mendes, 2013). Las redes pueden ser una solución a los retos del SNS. Estas son una condición necesaria para abordar los problemas de la organización, ya que



aportan una visión general y el trabajo continuo. Las redes pueden complementarse para contribuir la salud mediante un entorno colaborativo, la meta no es mejorar la organización sino mejorar los resultados de la misma. Por ello es fundamental la formación y capacidad de liderazgo y cohesión:

“La solución a los retos, analizar, priorizar, y ejecutar lo priorizado. Es decir, una solución sistemática de los problemas importantes, eso me parece el objetivo fundamental de un sistema de salud.” [E3]

Así mismo, una solución efectiva sería priorizar la resolución de problemas debido al análisis de las situaciones y no derivados o influenciados por el interés político. La política en ocasiones tiene más influencia en la toma de decisiones que los resultados del propio análisis de las situaciones. Esto provoca que los resultados no sean efectivos en ocasiones.

Encontrar el equilibrio económico entre los recursos disponibles y las necesidades de la población es uno de los mayores desafíos de un gestor sanitario. Además, en ocasiones la población no entiende las decisiones del gestor y la falta de apoyo político provocan la disminución de la eficacia y efectividad del sistema. Para aumentar la eficiencia del sistema sanitario es necesario que los profesionales que lo componen, comprendan sus funciones y se fomente el desempeño de las mismas. Así mismo, las redes son una buena opción para tratar estas situaciones y mejorar la calidad del sistema.

COORDINACIÓN DEL PODER SOCIAL (AGRUPACIONES NO GUBERNAMENTALES Y GRUPOS)

Las asociaciones son agrupaciones de personas unidas por padecer una patología y están constituidas para llevar a cabo una actividad colectiva de una forma estable, están organizadas democráticamente, sin ánimo de lucro y son independientes del Estado, de los partidos políticos y de las empresas. Estas organizaciones son un importante punto de intersección entre la salud pública, los sistemas de salud, las administraciones sanitarias, los agentes de salud y la sociedad. Los integrantes de la asociación buscan encontrar un mutuo apoyo, un mayor conocimiento de la enfermedad y de sus tratamientos, con el objetivo de mejorar en su patología (Paniello, 2015).



Existen vías de comunicación entre el servicio regional de salud y las asociaciones no gubernamentales en el modelo de redes. Pero no están desarrolladas completamente, son insuficientes y en algunas ocasiones hasta desconocidas:

“Pero de una manera un poco informal y bastante especulativa en ocasiones, muy de oportunidad y muchas veces sin seguimiento. Depende mucho del ámbito político y que perduren el tiempo no siempre se da.” [E2]

Las organizaciones no gubernamentales se encargan de atender las necesidades sociales de la población (Forcado, 2018). El papel fundamental es garantizar una asistencia adecuada y consiste en canalizar las inquietudes sociales de grupos concretos, las necesidades en el ámbito social, demandas, exigencias, reclamaciones y quejas de los colectivos que representan que las estructuras sanitarias o políticas que no se contemplan, desde un plano constructivo y positivo.

“Identificar oportunidades de mejora y sobre todo informar de los pozos de ineficiencia que se producen en el sistema sociosanitario, es decir, son los centinelas que identifican cuando algo no se está haciendo bien o se podría mejorar. Yo creo que el sistema sociosanitario las utiliza como aviso de algo que no se está haciendo bien, no como base de la solución, si el sistema sanitario establece unos criterios al margen de ella.” [E4]

Dichas estructuras son el futuro, y se contemplan como el tercer sector entre lo privado y lo público. Por ello, se utilizan como órgano consultivo, se potencian y subvencionan. Sin embargo, la relación es colaborativa y la responsabilidad final debe ser de los servicios sanitarios.

Además, las asociaciones tienen un rol de intermediarias y desempeñan un papel primordial ayudando al ciudadano a interactuar con las distintas organizaciones sanitarias. La participación de los pacientes mediante asociaciones ofrece la oportunidad a los responsables públicos de poseer propuestas e iniciativas beneficiosas para el desarrollo de la asistencia sanitaria (Sánchez, 2019). También, colaboran con el sistema sanitario educando a los pacientes y salud y sensibilizando a la población de diferentes patologías. Estas asociaciones tienen una función social fundamental y en muchas ocasiones se contraponen a injusticias del sistema sanitario (Aguerrebere, 2012).



Las asociaciones no gubernamentales tienen la función de atender las necesidades sociales de la población, ayudan a garantizar la asistencia adecuada y canalizan las preocupaciones sociales de grupos específicos. A pesar de que, actualmente gran cantidad de asociaciones apenas se encuentran desarrolladas, su papel es fundamental. Estas son las intermediarias entre la población y los servicios sanitarios.

NECESIDAD DE COORDINACIÓN OPERATIVA

La atención sanitaria es cada vez más compleja, debido a la alta especialización y a la intervención de numerosos servicios, el incremento de pacientes crónicos y pluripatológicos hace imprescindible una coordinación asistencial real. Existen iniciativas para combatir la fragmentación en la provisión de la atención sanitaria como las organizaciones sanitarias integradas. Dichas organizaciones establecen estrategias de coordinación de los proveedores y pueden contribuir a mejorar la continuidad asistencial, en proporción que se cree un entorno que favorezca la colaboración entre los profesionales de los diferentes niveles de atención (Vázquez, Vargas, Nuño y Toro, 2012).

Actualmente en la Región de Murcia existe una coordinación en el Servicio regional de salud en la teoría, según el modelo de redes de salud, pero no es operativa. Los criterios no son comunes entre Atención Primaria y Especializada, la relación entre ambas no es mantenida.

Los aspectos organizativos es necesario mejorarlos:

“Si no existe una historia clínica electrónica, una historia clínica única por paciente, si no existe adherencia terapéutica a través de un sistema digital, si no existe un portal de salud al que el ciudadano pueda acceder, pues todas esas cosas imposibilitan. Tendremos unas redes, pero en el fondo solamente tendremos un nombre.” [E6]

Además, un aspecto fundamental sería el de mejorar el nivel de coordinación entre los niveles asistenciales. Uno de los retos actuales en el aspecto es lograr la coordinación óptima de los niveles asistenciales, sin dejar de lado otros colectivos de servicios al ciudadano, como los cuerpos de policía, servicios sociales, residencias geriátricas. Todo ello con el fin de lograr una mejor atención al ciudadano, para ello es necesario valorar aspectos como la movilidad, variabilidad individual,



nivel de exigencia, el uso de los servicios disponibles para determinar el resultado final (García, Quintana, y Prats, 2012).

“Debemos tener criterios y objetivos mucho más comunes y cumplibles... deberíamos tener un conocimiento mayor de los resultados para modificar/ variar las desviaciones de esa situación.”
[E3]

Para lograr una coordinación operativa es necesario mejorar los aspectos organizativos debido a la complejidad del sistema. El sistema actual contiene numerosos servicios, existe una alta especialización, los pacientes cada vez son más complejos..., esto hace necesario la creación de estrategias que favorezcan la coordinación en el sistema y, por tanto, la integración de los diferentes niveles y servicios asistenciales.

RECORTES, DESINVERSIÓN Y REASIGNACIÓN

En España existe una excesiva dependencia del sistema sanitario como principal determinante de salud para lograr la sociedad del bienestar, lo que provoca un consumo excesivo de recursos. La mayor esperanza de vida con el aumento de la comorbilidad causa el aumento del consumo sanitario. El consumo farmacéutico es un importante gasto en el SNS (Iglesias, 2012).

La desinversión consiste en dejar de financiar parcial o completamente medicamentos, dispositivos, aparatos o procedimientos con bajo valor a nivel clínico, es decir, sin efectividad y eficiencia clínica suficientes con respecto a otros disponibles, y utilizan para financiar otros con un mayor valor a nivel clínico. Es fundamental la existencia de políticas de desinversión que no sean dominadas por decisiones políticas (Campillo y Bernal, 2013). Actualmente en España los servicios de salud se están aplicando como mecanismo del control sanitario la reasignación, es decir, reordenar el sistema en función de las necesidades que se producen, al contrario que la desinversión en la que dejan de financiarse los recursos:

“Yo creo que reasignación y eficiencia en el uso de los recursos, sí. Recortes no, porque nuestro presupuesto va creciendo y no recortamos nada, todo lo contrario, reasignación, ...Yo creo que es intentar gestionar con el presupuesto que tenemos lo mejor posible y tratar de invertir donde es más necesario, donde vemos que hay más necesidades, y desde luego intentar apostar por la Atención Primaria.” [E5]



Por otro lado, en otros servicios se está aplicando un recorte como mecanismo de control del gasto sanitario y en menor medida, desinversión y reasignación:

“Muy poco intentar reasignar recursos en función de las necesidades que se producen. Muy rara vez en las reuniones que tenemos de trabajo, o en la información que tenemos, este presupuesto que estaba asignado para esto no se va a utilizar y vamos a utilizarlo para esta otra cosa. Si el presupuesto que está identificado para una cosa no se utiliza, pasa a una bolsa, que no sabe nadie dónde cae, que no es un dinero que no se utilice, pero sin capacidad real de identificar dónde haría falta que fuera ese dinero para mejorar esa atención sanitaria. Básicamente se están aplicando recortes.” [E4]

Tras la crisis económica en España, las Comunidades Autónomas optaron un recorte selectivo en el gasto social, distinguiéndose entre las medidas de carácter general u horizontal, tanto del Gobierno como de las propias Comunidades Autónomas, que directamente pretendían reducir el gasto en las áreas sociales (Del Pino y Fernández, 2019). Los recortes ocasionan el aumento de las listas de espera en España (Sánchez y Palomo, 2018). Sin embargo, el mecanismo de desinversión ha sido muy utilizado durante épocas de crisis, en España, como control del gasto sanitario llegando en 2016 a ser un 5.6% sobre el PIB, y aumentando posteriormente (Fayos, 2017). En 2018 el PIB en salud en España alcanza un 6%. (Eurostat Statistics Explained, 2020)

Los mecanismos más utilizados en España para controlar el gasto sanitario y mejorar la distribución de recursos son la reasignación en primer lugar, para reordenar los recursos en función de las necesidades. En otros servicios determinados se aplican los recortes mayoritariamente y en menor medida la desinversión. Por lo tanto, en España existe disparidad entre los mecanismos de control utilizados para dirigir el gasto sanitario. A pesar de que, la desinversión ha sido muy utilizada en épocas de crisis, a actualmente existe un aumento del PIB en sanidad.

EFICIENCIA DE PROCESOS DE SUSTITUCIÓN Y ENFOQUE COMUNITARIO

El nivel de Atención Primaria, en general, dispone de los recursos suficientes para resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población, aunque existen recursos tecnológicos que deben ser generalizados:



“Sí, yo creo que sí, que se puede mejorar también, yo creo que la Primaria tiene esa capacidad resolutive, sí que es verdad que tiene el gran problema de la demanda de la población, pero vamos sí que se cuenta con bastantes recursos, sí que es verdad que hay que dotarla de más recursos, tanto humanos como materiales, y que tenga más capacidad, mayores medios de comunicación con otras especialidades, formación, mejores centros de salud para favorecer la investigación, sesiones, formación..., tenemos que mejorar pero nuestra Primaria funciona muy bien.” [E5]

La reforma que supuso la Atención Primaria impulsó el desarrollo de todas sus capacidades, pero hay evidentes necesidades de mejora. Las propuestas de mejora deben ir acompañadas de la suficiente financiación, optimizar el impacto sobre la salud y estar adaptadas a la organización y las competencias clínicas y al incremento de la demanda, la burocracia y la medicalización. El apoyo que aportan los sistemas de información ha reducido la burocracia y favorece la continuidad asistencial (Palomo, Gené y Rodríguez, 2012).

Pero, por otro lado, el nivel de demanda y el nivel de atención no está equilibrado.

“Aquellos aspectos que no son puramente asistenciales están prácticamente desaparecidos, por tanto, nos faltarían recursos para poder llegar a ese componente de la salud, que no es el puramente asistencial con el que uno trabaja en Primaria.” [E3]

Se evidencia la necesidad de una reestructuración y reorganización de los servicios sanitarios para realizar aquellas tareas necesarias, que no se realizan por falta de tiempo.

Para ello, sería importante incorporar la calidad asistencial como un importante indicador para plantear criterios de racionalización de los servicios en la asistencia primaria de salud (Romano y Choi, 2016). Para garantizar la calidad asistencial es necesario analizar los componentes y la evaluación de la misma. La adecuación y pertinencia de los procedimientos realizados, la calidad del procedimiento y satisfacción del paciente. Para ello es necesario desarrollar medidas e indicadores que permitan conocer el estado de calidad asistencial (Ochoa, 2012). Ya que, en Atención Primaria existen dificultades en la definición de las funciones y la asignación de recursos entre los niveles asistenciales, que debe reconducirse para estar basada en la evaluación y no en la rentabilidad política ni en el racionamiento. Es necesario un nuevo modelo con visión de área, integralidad y autogestión, que adecúe la cartera de servicios en Atención Primaria a la sociedad actual, a las nuevas necesidades y demandas de los ciudadanos, además de al progreso legítimo



de los profesionales. Un modelo con una nueva asignación de recursos, que mejore la capacidad resolutoria en Atención Primaria y, por consiguiente, la eficiencia en el área (Clavería, Ripoll, López, Rodríguez y García, 2012).

A pesar de ello, el número de recursos va aumentando, como solución a la sobrecarga hospitalaria:

“Algunas veces se ha hecho esa inversión en recursos en Atención Primaria, no como resultado de la necesidad de mejorar en la salud de los pacientes que son atendidos en Atención Primaria, sino descargar un poco el flujo un poco hacia la Atención Primaria para descargar el hospitalario... Ese tipo de cosas ha hecho que la Atención Primaria sí tenga más recursos.” [E4]

Finalmente, la capacidad de resolución de Atención Primaria necesita una integración más efectiva con Atención Especializada para estar optimizada al máximo. La Atención Primaria en España dispone de gran cantidad de recursos, aunque no son suficientes para las demandas actuales. Un aumento de la financiación para adaptar el servicio a las necesidades de la población sería una solución para desarrollar el nivel asistencial y mejorar la continuidad del sistema. Esto es necesario debido a que existe un desequilibrio actual entre la atención y la demanda sanitarias.

AUMENTO DE COSTES

La evaluación económica de intervenciones sanitarias ha experimentado un gran desarrollo actualmente y cada vez es más importante como herramienta de ayuda en la toma de decisiones sobre financiación pública de prestaciones sanitarias y para la fijación de precio en Europa (Oliva, Brosa, Espín, Figueras y Trapero, 2015).

La información sobre el coste de los procesos que se aplican en la red de salud existe, sobre todo en el ámbito hospitalario, aunque no suele ser utilizada:

“Yo creo que no existe ahora mismo; la información probablemente existe, lo que ocurre es que no se utiliza. No se utiliza la información para tomar decisiones que implicarían una red de salud.” [E3]

Existen datos sobre el coste de algunos fármacos, pero no se utiliza la información. Según los entrevistados, los factores que influyen en que aumenten los costes son el impacto de los nuevos tratamientos, la duplicidad de actos o consultas innecesarias, el impacto de las demandas, el impacto de la esperanza de vida, el nivel tecnológico, que influye notablemente en los costes, la



variabilidad clínica y la capacidad de no gestionar correctamente la entrada y salida de nuevas técnicas, provocando que convivan varias técnicas. También, la situación económica de la zona, las condiciones de la población como el envejecimiento, la cronicidad o la dispersión geográfica, los niveles de información de la población o la formación de los profesionales.

“El profesional maneja con su actividad diaria...el uso de recursos que diariamente pasan por su consulta y por su actividad. La buena formación, el trabajo adecuadamente optimizado de lo que realiza el profesional es lo que va a aportar en gran medida va a afectar en el gasto, y el gasto en la efectividad del proceso” [E2]

Las nuevas tecnologías sanitarias que financia el SNS deben presentar una adecuada evidencia de su valor terapéutico y social en comparación con el coste (López, et al., 2010). España lleva retraso con la evaluación económica de las intervenciones sanitarias, que proporciona un escenario conceptual necesario para comparar los beneficios terapéuticos y sociales y los costes sanitarios y sociales de tratamientos y programas alternativos. La información que produce es necesaria en el momento de tomar una decisión (Oliva, 2013).

Para la medición de resultados se dispone de multitud de indicadores de procesos, sobre todo en actividades de producción. Sin embargo, apenas se disponen procesos de medición de la eficiencia, no son muy útiles ambos actualmente, y es necesario tenerlo informatizado

“Se tienen sobre todo resultados de medición de los procesos, pero sobre todo en modo descriptivo, me explico: tenemos instrumentos para medir lo que se hace, pero no los resultados de salud de lo que se está haciendo... no tengo posibilidad de medir si un paciente viene 6 veces, en vez de venir 4, si eso empeora o mejora su estado de salud. Entonces no tengo posibilidad ahora mismo de medir la eficiencia más allá de la actividad que estoy haciendo, no de los resultados” [E4]

Para ello, se utilizan los indicadores cualitativos, para la evaluación de la eficiencia técnica de los equipos de Atención Primaria son recomendables para incorporar la calidad asistencial como aspecto importante para racionalizar los servicios asistenciales de Atención Primaria (Romano y Choi, 2016). Y para la evaluación de la eficiencia en el tratamiento de patologías o problemas de salud específico se utilizan los métodos de evaluación económica, mediante el análisis coste-efectividad y coste-utilidad (Pérez, 2018).



La gestión clínica es una herramienta imprescindible para la mejora de la eficiencia microeconómica. La gestión de recursos es llevada a cabo por el profesional y esto va a influir notablemente en la efectividad. En Atención Primaria y en determinadas especialidades, se realiza formación a los cargos intermedios sobre la gestión clínica para trabajar de forma más eficiente.

La eficiencia microeconómica consiste en elaborar una cartera de servicios para maximizar las mejoras de salud y producirla al menor coste posible (eficiencia técnica y de gestión) (Suárez, 2019).

A pesar de ello, la integración horizontal y vertical no se aplican lo suficiente para alcanzar la economía de escala, aunque es imprescindible para la asignación de recursos, lo que en ocasiones produce inequidad. Sin embargo, en otras situaciones no se aplica la integración debido a la gran dificultad que entraña en una organización tan grande, sectorizada por áreas de salud, a pesar de que se optimiza la gestión de recursos y en farmacia, pero en general no se lleva a cabo la economía de escala.

“Yo creo que no, si no tenemos bien planificado cuáles son los objetivos, los recursos, los instrumentos, las herramientas que tenemos para trabajar, los flujos de trabajo, la coordinación entre niveles, si eso no lo tenemos claro, es bastante difícil... Muchas veces hacemos las cosas por inercia... pero muchas veces los usuarios no tienen sensación de cuáles son los flujos de trabajo o los objetivos comunes que tenemos, sino que vamos un poco marcando por directrices, unas veces de la estructura vertical y otras veces una estructura horizontal.” [E4]

Para evitar dicha situación, las medidas van destinadas a mantener la cohesión y calidad del sistema sanitario y la promoción de medidas de retención de los costes a partir de políticas de utilización racional dirigidas a profesionales y usuarios, y la concentración de recursos a escala para mejorar la economía de escala (García, 2011).

PREVENCIÓN Y CURACIÓN

La promoción y prevención de la salud a nivel regional en España se está potenciando y existe una preocupación al respecto. Ambos son una herramienta de trabajo que pueden mejorar el nivel de salud poblacional.



“La prevención se está haciendo y cada vez más, la promoción de salud quizá es el aspecto que toda vía falta mucho por hacer. Creo que ahora mismo las cadenas públicas de televisión, de radio y también las privadas deberían estar informando a la población mucho más de los aspectos sanitarios... Eso ayudaría a promover medidas y esa promoción de medidas es lo que creo que va siempre muy tarde y no lo suficiente.” [E2]

Las redes sociales ofrecen una posibilidad de comunicación e información infinita, en el que se pueden encontrar numerosos recursos. Es el medio, mediante el cual, puedes difundir la información a un gran número de personas. Las redes sociales se pueden utilizar para llevar a cabo la prevención y la promoción de la salud (Matarín, 2015).

Para la prevención de la salud existen medidas generales preestablecidas por el Ministerio de Sanidad, que las conserjerías de cada Comunidad Autónoma adaptan. Hay muchos programas como la atención a la drogodependencia, programas preventivos para el cáncer de mama, despistaje de cáncer de cuello, programas de vacunación, etc... En cambio, la promoción de la salud no está tan potenciada y no existen apenas medidas para llevarla a cabo. Ambas son mejorables e insuficientes para las demandas actuales:

“Yo creo que aquí estamos invirtiendo mucho en lo que a la larga no nos va a aportar valor, yo creo que en el momento en que una parte del presupuesto se quitó a lo que es la parte de salud pública, prevención y promoción de la salud, ahí estamos fallando, ahí lo estamos haciendo mal... una atención sanitaria pues poco coherente con lo que tenemos y con lo que nos viene... ahora mismo estamos invirtiendo mucho dinero en alta tecnología, en medicamentos muy caros, que al final no está aportando tanta salud a nuestra población.” [E5]

Esta situación es debida, a que el presupuesto y los recursos destinados a la promoción y prevención de la salud son insuficientes. Aunque no todos los informantes opinan lo mismo, de hecho, uno de los objetivos actuales es la promoción de la salud:

“La promoción de la salud forma parte de los objetivos sanitarios, ese es el gran cambio, hasta ahora hemos estado pensando que sólo veíamos al enfermo, y ahora tenemos que pensar que vemos ciudadanos, unos sanos y otros enfermos.” [E6]



La promoción de la salud aporta conocimientos sanitarios a los ciudadanos, los empodera de conocimientos posibilitando su participación en iniciativas colectivas y fomentado la equidad. Por ello, es fundamental estimular la calidad asistencial de Atención Primaria, mediante la integración de actividades de promoción y prevención de la salud (Guillem, 2018). Así pues, el modelo de activos es una propuesta para revitalizar las acciones, evidencias y evaluaciones en relación con la promoción de la salud. Este modelo muestra una perspectiva de salud que fomenta que las comunidades guíen sus objetivos al contexto y se concentren en los aspectos que mejoran la salud y el bienestar, potencien la equidad y mejoren las decisiones (Cofino y et al., 2015).

La calificación media de la promoción y la prevención de salud en España es un 5.5 (sobre una escala de 10); es baja debido a la gran importancia que se le concede al nivel asistencial de Atención Primaria con respecto a otros países, y por tanto, a la promoción y prevención de la salud en el ámbito español. Un nivel adecuado sería a partir de una puntuación media-alta, es decir, un 7-8, que denotaría un importancia y potenciación del sistema efectiva para la consecución de los objetivos.

Por tanto, la prevención y promoción de la salud en España son fundamentales debido a la estructura del sistema, existe un aumento de la potenciación y nuevas herramientas para desarrollarlas como lo son las redes sociales. A pesar de ello, todavía no es realmente efectiva en España y la financiación no es la adecuada, lo que provoca resultados mejorables.

ENFOQUE FAMILISTA

El modelo sanitario español se basa en un enfoque familista, sobre todo por parte del nivel de cuidados. La Atención Primaria es el nivel asistencial que más reconoce este enfoque,

“A nivel de Primaria sí es verdad que la estructura familiar y la red de apoyo que tenga alrededor del paciente, del usuario, se tiene mucho más en cuenta, sobre todo, porque es un elemento del cuidado esencial, muchas veces muchos cuidados no podrían llevarse a cabo si no tuviéramos esa colaboración con la estructura familiar. Creo que en las redes hospitalarias no se tiene en cuenta tanto.” [E4]

La familia es un recurso en el proceso de cuidados, y es importante incorporar prácticas que orienten al refuerzo de las familias y lo incorporen en la participación del cuidado del familiar



enfermo. Actualmente la política hospitalaria refuerza también la opción de que el paciente hospitalizado permanezca acompañado por su familiar (Fernández, et al., 2015).

Además, el enfoque familista de atención a la salud sobre la sostenibilidad del modelo sanitario español es muy importante, ya que existe una larga longevidad y compleja cronicidad.

“Da soporte en todos los sentidos: a nivel de cuidados, a nivel de salud mental, a nivel de apoyo socioeconómico, creo que es un apartado muy importante y que se refleja en todos esos condicionantes de la salud... sobre el nivel de la salud de la población, creo que ayuda mucho, especialmente en edades de personas mayores, donde el apoyo social es más importante.” [E2]

Los profesionales de unidades específicas como cuidados paliativos consideran que la familia es el mejor soporte de cuidados para el paciente y es fundamental que participen en el cuidado (Fernández, 2017).

Esto es debido, a que la Atención Primaria, como la conocemos actualmente, se apoya en la estructura familiar, en aspectos como el autocuidado del cuidador familiar, la colaboración con la estructura familiar,

“La estructura familiar en Atención Primaria es esencial; no podríamos plantearnos hacer Atención Primaria en nuestro país sin tener en cuenta ese soporte familiar.” [E4]

Por otro lado, la atención social no se encuentra muy desarrollada ni estructurada y la familia compensa sus deficiencias. A pesar de ello, en la actualidad el sistema familiar se encuentra debilitado por la incorporación de la mujer a puestos de trabajo.

Actualmente, las políticas públicas complementan los cuidados que aporta la familia al paciente. También el Estado va aumentando los cuidados que aporta a los pacientes. Estas políticas públicas no cambian el hecho de que las principales responsables del cuidado de personas adultas dependientes sean las mujeres (D’Argemir, 2015).

Como hemos visto el enfoque familista es fundamental en el modelo sanitario español, ya que, gran parte de los cuidados de los pacientes son suministrados por los familiares. Sobre todo, se visibilizan aún más en Atención Primaria, y servicios específicos como cuidados paliativos en el que los profesionales se apoyan en los familiares para mejorar la calidad asistencial y la continuidad del paciente. Este enfoque ayuda a compensar la falta de desarrollo de la estructura social del



sistema. Aunque los cambios sociales como la incorporación de la mujer a puestos de trabajo y el aumento de la longevidad y pluripatologías suponen un reto para el sistema actual.

PROGRAMAS DE APOYO AL CUIDADOR

La gestión sanitaria es la encargada de proveer de recursos y medios para potenciar el uso de herramientas formativas de los cuidadores informales, ya que, la formación de los cuidadores repercute en los problemas de salud que desarrollan los pacientes (Martín y Domínguez, 2013).

Los programas de apoyo al cuidador informal o a la familia existen en situaciones muy concretas como en la enfermedad de Alzheimer. Desde el punto de vista sanitario no están desarrollados, pero desde el punto de vista social existe por ejemplo la ayuda a la dependencia. A nivel local, en Atención Primaria hay asociaciones que colaboran y que llevan a cabo dicha función:

“en muchas zonas básicas de salud, que sí tienen estructurado y un poco más formalizado el apoyo al cuidador, pero también, como hemos hablado algunas veces casi a nivel de iniciativa personal, no a nivel institucional. Yo identifico que hay una necesidad en una familia, entonces me pongo a trabajar con ella, pero más a nivel personal que a nivel institucional.” [E4]

También es importante formar a los cuidadores, aspecto en el cual no existe un gran desarrollo. Para ello, existen empresas que desarrollan programas específicos de formación de cuidadores. Los cuidadores informales padecen consecuencias a nivel de salud debido al hecho de cuidar, y por ello es importante desarrollar programas adaptados a las necesidades de los cuidadores como actuaciones a nivel multidisciplinar, tanto preventivas como de soporte, para mejorar el estado emocional del cuidador y, en consecuencia, el estado anímico del paciente (Sánchez, 2014).

Los programas de apoyo al cuidador y/o a la familia suponen una parte primordial de los recursos sociales sobre todo para enfermedades muy concretas como el Alzheimer que requieren gran cantidad de cuidados. La formación y el apoyo a los cuidadores de los pacientes mejora la calidad de los cuidados y su estado emocional.

DÉFICIT DE RED SOCIOFAMILIAR DE CUIDADORES

La atención a los pacientes con enfermedades crónicas es una prioridad, debido a la pluripatología y comorbilidad asociada que presentan, requiriendo cuidados muy complejos y consumiendo gran cantidad de recursos sociosanitarios. Por lo que, se requiere un enfoque holístico e integral



centrado en la persona, en el que se tiene en cuenta la situación social, psicoafectiva y el contexto familiar (Herrera, Asencio, Kaknani y Mayor, 2016). Las visitas domiciliarias de este tipo de pacientes y la estabilidad de programas asistenciales son importantes para garantizar la continuidad asistencial (Corrales, Alonso y Rodríguez, 2012).

Las redes de apoyo específicas para familias con pacientes con enfermedades graves o crónicas no existen a nivel público, existen mediante asociaciones de pacientes:

“pacientes renales, pacientes oncológicos, pacientes con enfermedades específicas, algunas de ellas como la de los niños con patologías oncológicas, el tema de la fibrosis quística, hay algunos muy antiguos como la de los pacientes renales. Todas esas organizaciones están y funcionan y están relacionadas con el tema. Todo lo que son las asociaciones de pacientes.” E6

Los recursos actuales conceden apoyo domiciliario e institucional formalmente:

“Existen unidades para que el paciente reciba apoyo tanto en domicilio como en instituciones: residencias o incluso hospitales de cuidados medios, si existen. Quizá hay un aspecto que es el hospital de cuidados medios que no se ha desarrollado mucho en España, salvo comunidades muy concretas, pero sí existe de manera formal. Luego en cuanto a asociaciones o grupos de influencia y de atención a patologías concretas tan bien. En ese sentido hay bastante ayuda, en patologías crónicas, de todo tipo, enfermedades raras también.” [E2]

Desde Atención Primaria se debe ejercer un rol de centro coordinador de los recursos sanitarios y sociales, para contemplar los problemas sociales relacionados con la dependencia, además de los problemas clínicos (Corrales, Alonso y Rodríguez, 2012). Aunque actualmente no está desarrollado completamente, se pretende alcanzar. Existe coordinación desde Atención Primaria para dar apoyo a las familias y cuidadores, pero no está lo suficientemente estructurada y desarrollada para cubrir las necesidades de la población. Con el apoyo de las asociaciones se intenta cubrir el déficit de recursos en ese ámbito.

PROACTIVIDAD

La implementación de más herramientas que permitan adelantarse a la complicación de un proceso crónico es importante. El hecho de adelantarse a un proceso crónico es una herramienta estratégica a desarrollar, y es lo que entendemos como proactividad.



“Poner herramientas que permitan no llegar al estado crítico de la situación del paciente, yo creo que siempre son bienvenidas, es una forma de prevención sanitaria, Primaria o terciaria, me da igual. La cuestión es que establecer mecanismos de prevención siempre van a ayudar y serían deseables.” [E2]

De hecho, la incorporación dentro de las actividades de enfermería la llamada de carácter proactiva, a los pacientes tras el alta hospitalaria mejora la detección temprana de necesidades y cuidados. También aporta nuevas líneas de cuidados (Calvo, Rodríguez, Villarubia, López y Maldonado, 2015).

Asimismo, la existencia de estructuras y de red que permita la prevención de la cronicidad es un objetivo a trabajar.

“parte de la que tenemos como objetivo trabajar, lo que es la prevención de la cronicidad y lo que es el cuidado de esos pacientes, de esas personas con problemas de salud crónicos, también de esas personas que tienen muchos problemas de salud, que son pacientes de alta complejidad, que tienen que tener un soporte familiar con muy bien formado y que les de ese soporte, ahí tenemos que invertir más.” [E5]

De hecho, la medicina proactiva está basada principalmente en evitar la complicación y en el caso que aparezca actuar con celeridad.

La morbilidad crónica compleja y el consumo sanitario elevado están relacionados con la proactividad. Así pues, existen modelos predictivos de riesgo de alto consumo que identifican a la población diana de estrategias de atención proactiva para pacientes crónicos complejos mediante factores como la edad, la morbilidad y la utilización previa (Coderch y et al., 2014).

La proactividad es el futuro de los sistemas sanitarios, el poder adelantarse a las complicaciones en un proceso crónico es el objetivo de la prevención sanitaria. Ya existen herramientas como la detección de las necesidades del paciente tras el alta hospitalaria por parte de enfermería. El aumento de los pacientes crónicos supone un aumento del gasto sanitario evitable, por ello es importante el desarrollo de dichas herramientas.

FALTA DE ADAPTACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS SANITARIAS A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN



El equilibrio que existe entre las necesidades de la población, la estructura y los procesos que ofrece el sistema sanitario tiene cierta inestabilidad.

“Las necesidades que están apareciendo en los últimos años con el envejecimiento básicamente de la población, las necesidades van aumentando mucho, mucho más rápido que lo que realmente el sistema es capaz de crecer. Y también, en ese sentido pues la asimilación que tenemos de personal extranjero, pues también genera situaciones un poco de estrés de la organización” [E2]

Así pues, el equilibrio que existe no es real, los objetivos alcanzados no son razonables, sobre todo con respecto a la demanda que actualmente no se cubre, aunque es necesario saber si la demanda actual es real.

Las estructuras están adaptadas en mayor proporción a la atención hospitalaria, a las patologías agudas, cuando el paciente necesita acudir a un hospital por un problema agudo. Al contrario, ocurre con los problemas sociales o familiares, en los que no se adaptan a las necesidades de la población. A pesar de ello, la adaptación de España es considerada una de los mejores del mundo.

Esto es debido a que los pacientes crónicos complejos son hospitalizados por problemas que en muchas ocasiones son evitables, propiciando resultados en salud peores a los esperados y aumentando los costes sanitarios. Para ello, es importante construir un escenario adecuado de atención integrada, adaptado a las necesidades actuales (Contel, Muntané y Camp, 2012). Tras el alta hospitalaria se están desarrollando protocolos de preparación al alta que garanticen la continuidad asistencial (Ortega, et al., 2014).

El sistema hospitalario se adapta bien al enfoque que no es curativo cuando las redes se encuentren correctamente desarrolladas y conformadas. El modelo de atención integrada de los diferentes niveles de integración, de situaciones, de servicios, de continuidades se adapta el enfoque no curativo debido a esa capacidad de integración:

“se puso en marcha hace relativamente poco un modelo de atención integrada a pacientes crónicos complejos, sobre todo con pacientes que eran multi-ingresos, pacientes que ingresaban muchas veces y lo que se hizo fue identificar ese tipo de pacientes, de manera que el equipo de Atención Primaria y el equipo de especializada, fueran los mismos que atendieran a ese paciente.” [E4]



Al establecer un circuito entre Atención Primaria y Atención Especializada y además incorporar la atención sociosanitaria del trabajador social, se crea una gestión por procesos más eficiente. Aunque este modelo puede cumplir una función más preventiva, no siempre está desarrollado.

Las políticas sanitarias actuales han afrontado un cambio global en el modelo asistencial para dar una atención integral adaptadas a las nuevas necesidades de los ciudadanos (Torres, 2015).

El paciente crónico complejo debe estar ubicado en Atención Primaria, y asumir que la atención hospitalaria es de carácter absolutamente episódico en la vida del paciente.

“Los pacientes donde están son en su medio, en su casa, en su familia, donde está el sistema sanitario que atiende al paciente a su casa y a su familia es Primaria. La visita a los hospitales es circunstancial, por eso la integración tiene que ser total.” [E3]

El paciente depende de Atención Primaria siempre que no se encuentre en el hospital, por ello, su sitio de referencia es el centro de salud debe estar gestionado desde ahí. El paciente debe estar el mayor tiempo posible en casa, con su familia, siempre que sea posible y el paciente pueda cubrir sus necesidades, con el apoyo de la red de especializada. Así pues, es fundamental la coordinación de la red entre los diferentes niveles de atención. Además, Atención Primaria no debe de perder la conexión con el paciente cuando se encuentra en atención especializada, que es otro problema que aparece.

Por otra parte, el paciente no se encuentra asignando a ningún nivel de atención concreto porque se encuentra en un proceso continuo entre ambos niveles. Así pues, el modelo de asistencia debe formar una red por la que el paciente vaya atravesando en cada momento de su vida. También existe la opinión de que el paciente crónico complejo es un tipo de paciente que se debería encontrar ubicado en especializada por la complejidad de sus cuidados; el paciente crónico complejo no es un paciente agudo, ahí radica la incoherencia.

Actualmente, la atención de episodios de descompensación de patologías crónicas en personas de edad avanzada se repite constantemente (Contel, Muntané y Camp, 2012). Este cambio de situación en España hace necesaria la selección de los pacientes que ingresan dos o más veces al año por descompensaciones de sus patologías crónicas. Gestionar los casos mediante un equipo de profesionales y diseñar una ruta asistencial para el paciente es prioritario. La ruta debe estar



conformada por un equipo básico, el de Atención Primaria y un equipo de apoyo que incluya psicólogo, enfermero gestor de casos, internista, trabajador social..., entre otros (Sánchez, 2012).

La adaptación de las estructuras sanitarias a la población es inestable, y se encuentra focalizada en la resolución de procesos agudos a nivel hospitalario. En ocasiones, se podrían evitar hospitalizaciones de pacientes crónicos complejos si la atención a nivel comunitario estuviera más desarrollada y acorde a las necesidades de la población. La falta de protocolos que aseguren la continuidad asistencial empeora la situación, ya que, el sistema no se adapta correctamente a procesos que no sean curativos. Para que esto no ocurra es necesario la integración de ambos niveles asistenciales e incorporación de servicios sociales. De tal forma que, el paciente crónico complejo se encuentre en el nivel asistencial de Atención Primaria y en comunicación con el nivel de Atención especializada y servicios sociales.

PROFESIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE GESTIÓN SANITARIA

La profesionalización ocurre cuando un grupo ocupacional tiene éxito en la búsqueda de intereses a nivel colectivo y en el establecimiento de un área de actuación.

Los requisitos para que esto ocurra son dos: el primero, la separación institucional y el segundo, que se produzca el desligue de un proyecto profesional propio (Camacho, 2016).

En consecuencia, cuando no se profesionaliza un grupo, concretamente los responsables de la gestión sanitaria, tiene importantes repercusiones en el desempeño de la gestión de una red de atención a la salud. La incompetencia que genera la falta de preparación de los gestores sanitarios repercute gravemente en el correcto desarrollo de las redes.

“el que tú pongas al frente de una organización a alguien que no está suficientemente preparado, o no tenga una suficiente experiencia, evidentemente puede suponer, el problema es que, a veces, las consecuencias no son inmediatas, un empobrecimiento de la gestión y, por tanto, del funcionamiento de esa red de salud.” [E1]

Por consiguiente, es fundamental que los puestos de gestión sanitaria estén ocupados por profesionales con una formación mínima necesaria y experiencia previa en del modelo.

La política actual de elección del personal directivo en el SNS se basa en la contratación directa de la persona que se considere adecuada para el cargo, sin convocatoria pública y prescindiendo de



los criterios de mérito y capacidad (Hernández, 2015). Al igual que afirman los informantes esta situación continúa ocurriendo.

Por tanto, la no profesionalización de los servicios de gestión sanitaria provoca repercusiones importantes en el desarrollo de la gestión de la red, en ocasiones por la falta de competencia y preparación de los profesionales gestores. Por ello, es sustancial que ocurra una profesionalización del sector. Es necesario una profesionalización que requiera una formación y experiencia mínima para ocupar el cargo. Actualmente, no existe dicha profesionalización y la elección del gestor se decide directamente sin convocatoria y sin requisitos específicos mínimos.

POLITIZACIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA

La elevada politización de los cargos de gestión en los hospitales españoles es necesario paliarla con una mayor profesionalización (Franco y Fullana, 2018).

La gestión sanitaria se encuentra politizada, los gestores sanitarios son elegidos desde el campo político, por el gobierno que se encuentre en ese momento en el poder.

“Son cargos de libre designación donde no hay una oposición clara o una forma de llegar en base a unos méritos claramente establecidos. En este momento la situación está así, por eso hay mucha disparidad de la forma de funcionamiento quizá de unas estructuras en unas comunidades autónomas u otras.” [E2]

La excepción es que la decisión política esté fundamentada en criterios objetivos.

“Salvo que un político tome decisiones desde el punto de vista de la elección de sus colaboradores con unos criterios objetivos que te lleven a poner en puestos de gestión a personas de reconocida cualificación. El sistema lo que propicia es el nombramiento de esas personas que van a hacerse cargo de la gestión de esos servicios sanitarios... desde el punto de vista de la opinión personal del gestor que tiene que tomar la decisión.” [E3]

La elección de los gestores debería ser mediante una consultora, mediante curriculum.

Como se ha dicho anteriormente, en ocasiones las contrataciones directivas de la sanidad pública ocurren directamente mediante la contratación de la persona que se considere adecuada, y esto se puede interpretar como “libre designación” por parte de los representantes políticos. Para ello,



es necesario transparencia y publicidad de los procedimientos de elección de los cargos de gestores, realizada por órganos específicos independientes, que implanten mecanismos efectivos para evaluar el desempeño de la actividad gestora (Hernández, 2015).

La politización de la gestión sanitaria existe y en parte es debida a la falta de profesionalización del cargo. La elección de gestores es mediante la decisión política, independientemente de que esta decisión esté basada en criterios objetivos o no. Es necesario que la elección de los cargos se realice de manera formal y por curriculum.

MUERTES HOSPITALARIAS / INGRESOS DE PACIENTE TERMINAL

El domicilio es el lugar apropiado para la atención a los pacientes y familias con enfermedades en estado terminal, siendo su entorno social y afectivo. La atención domiciliaria y comunitaria es una prioridad en la cartera de servicios de los equipos de Atención Primaria; así, los equipos de Atención Primaria y de soporte domiciliario dan respuesta a las necesidades y demandas de los enfermos (Espinosa, Gómez, Picaza y Limón, 2010).

Sin embargo, se podrían evitar muertes en el hospital de pacientes terminales que desean morir en su casa, pues, desde la década de los años 70 en que se medicalizaron algunos procesos naturales, tales como nacer o morir, la muerte sigue sucediendo mayoritariamente en el hospital a pesar del gran desarrollo de la Atención Primaria de salud y de los dispositivos de ayuda a la acción paliativa a domicilio. De hecho, se está avanzando en este tema, y un objetivo en la atención paliativa es que no mueran pacientes terminales en el hospital.

“El fin de la vida depende de la decisión del paciente y de los familiares, y todo eso exige, un acompañamiento adecuado. Si el paciente al final decide o su familia deciden en un sentido o en otro, todo va a depender de cómo se oriente el conjunto. En la medida que se sientan acompañados, respaldados, se sientan seguros dentro de esa inseguridad.” [E2]

Para evitar esta situación es necesario formar a los profesionales, educar a los ciudadanos y establecer más recursos en los equipos de apoyo domiciliario, a nivel de Atención Primaria y establecer herramientas para ayudar y acompañar a las familias.

“Acompañar, en los momentos en que estamos, con necesidad de afecto, de inseguridad máxima, lo que buscamos es que nos quieran, nos apoyen, sentirnos seguros, sentir que estamos haciendo



lo mejor con ese paciente que va a morir. Entender cada momento, conocer qué se le está haciendo, qué medicación se le está administrando, como se está evitando ese sufrimiento, ... como se le está ayudando.” E2

Los profesionales que trabajan en equipos de Cuidados Paliativos en España acompañan espiritualmente al paciente, ya que eso forma parte de la atención integral del mismo, pero existen importantes áreas de mejora en el modelo de atención y en la formación (Sánchez, et al., 2016).

Además, es importante ajustar la ley en este tipo de decisiones para regularlas, como afirma este informante:

“Si eso es un derecho individual, pues que los individuos lo ejerzan, sin presionar a nadie, sin obligar a nadie, pero que los individuos tengan el derecho a decidir en qué circunstancias puede producirse su muerte.” E3

Esto, realmente, no se está dando del todo, porque a nivel domiciliario no hay soporte para las urgencias de los pacientes paliativos ni tampoco atención continuada. Todas estas situaciones pasan por la atención de urgencia y si hay empeoramiento, ingreso hospitalario a través de la puerta de urgencias. Muchas veces el paciente ingresa para morir en el hospital; y por ello, al no poder dar ese soporte de control de síntomas o actuación ante la agudización en el domicilio, se traslada al paciente al hospital, y no se le está permitiendo realmente elegir dónde desea morir.

ASPECTOS PSICOSOCIALES Y ESPIRITUALES

Los equipos de cuidados paliativos españoles deben prestar una atención continuada al duelo antes y después de que ocurra el fallecimiento. Antes del fallecimiento se realiza acompañamiento, asesoramiento e intervención terapéutica específica a los familiares que demandan la atención y los que tienen factores de riesgo. Es necesario establecer protocolos estandarizados de actuación y aumentar los programas de atención al duelo (Reverte, García, Penas y Barahona, 2016).

Realmente no existen dispositivos de gestión del duelo eficaces, el médico de Atención Primaria o el psiquiatra atienden el duelo como un problema sanitario, el duelo patológico:

“Tenemos un dispositivo que funciona aceptablemente bien en paliativos, que digamos que el pre-duelo sí, pero una vez que el paciente ha fallecido, la atención al duelo no está estandarizada en



ningún momento, ni sigue un criterio más allá de lo que es la atención por parte de los especialistas.” [E2]

Pero no siempre es considerado un problema de salud, pues el duelo es un proceso aprendido por lo que las personas tienen que hacer ese proceso; sólo es considerada una enfermedad cuando no cumple los parámetros de normalidad.

El duelo patológico ocurre cuando los sentimientos del duelo normal como son la tristeza, el enfado, la culpa, la ansiedad...; las sensaciones físicas como opresión en el pecho, en la garganta, falta de aire, debilidad muscular...; las cogniciones como incredulidad, confusión, preocupación... y las conductas como trastornos alimentarios, o del sueño, aislamiento social... se alargan más de dos años, o las etapas del duelo se alargan en el tiempo (Gómez, 2019).

Aunque el duelo sí que se trabaja y existe formación en los equipos de atención paliativa, tanto en adultos como en niños, actualmente se está desarrollando el duelo perinatal.

“El duelo en nuestra atención sí que se trabaja mucho y sí que hay mucha formación de casos del duelo y los equipos que trabajan con la atención paliativa se trabaja muy bien.” [E5]

La OMS considera una línea de intervención los cuidados paliativos del neonato:

La OMS refiere como una de las líneas de intervención de los cuidados paliativos pediátricos, los cuidados paliativos en el neonato. (Conejo, 2019, p.35)

Es importante que los profesionales que trabajan en unidades de maternidad tengan información y conocimientos sobre cómo tratar el duelo perinatal o neonatal (Conejo, 2019).

La mortalidad en personas mayores es elevada porque también es un colectivo muy numeroso; la atención al duelo cobra importancia porque cada vez hay más gente joven en situación de duelo por pérdida de familiares, especialmente ahora con la pandemia.

CUIDADOS PALIATIVOS Y ATENCIÓN CONTINUADA Y URGENTE DE PACIENTES TERMINALES

La Organización médica colegial ha expuesto la necesidad de desarrollar las competencias básicas para los cuidados paliativos con mayor detalle adaptadas a cada nivel asistencial y equipos de cuidados paliativos. Con el fin de establecer criterios de derivación evidentes a los equipos especializados en base a la ubicación, complejidad y necesidades (Gómez, et al., 2010).



La integración de todos los recursos de cuidados paliativos existe, pero es mejorable en nuestro país.

“Depende mucho de quién integra esos equipos, tanto los equipos de Atención Primaria como los equipos de apoyo domiciliario... sí que ha habido momentos en los que algunos profesionales han favorecido esa integración muy fácil y como siempre pues depende mucho de quién integra esos equipos. Al no tener claramente definido quién y cómo hay que hacer las cosas, hacerlas de una forma o de otra depende mucho de quién está en ese puesto.” [E4]

Por otro lado, el proceso se ha sobremedicalizado y se ha apartado la estructura familiar del nivel psicológico y emocional. De tal forma, que muchas familias no soportan las situaciones y no tienen el apoyo de la administración

“Nos falta dar un último paso y que esa integración sea mucho más efectiva con el hospital y sobre todo con Atención Primaria. En nuestra región el equipo de paliativos trabaja de forma autónoma y en comunicación con Primaria, con los servicios de urgencias, entonces, en esa parte también estamos trabajando en ello para que de verdad haya mejor coordinación de la que hay.” [E5]

La integración es insuficiente y el volumen de recursos no es el adecuado ni el mismo para todos los ciudadanos. A pesar de ello, existen recursos y hay coordinación entre ellos:

“Hay un servicio de paliativos intrahospitalario y un servicio de paliativos extrahospitalario, están en coordinación los niveles de Atención Primaria, el paciente que es dado de alta del hospital automáticamente es remitido al servicio de paliativos extrahospitalario, que a su vez se coordina con el nivel de Atención Primaria.” [E2]

Los pacientes con enfermedades avanzadas y en situaciones al final de la vida que se encuentran ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) tienen un alto nivel de sufrimiento y vulnerabilidad. Esta situación se trata mediante un enfoque holístico y es necesario que la medicina paliativa introduzca sus principios en el tratamiento, mediante la coordinación e integración de ambos servicios (Campo, Rodríguez y Cortés, 2016). La transición de un paciente del cuidado curativo al cuidado paliativo es muy compleja en las UCI y debe estar determinada por procesos claros y bien definidos, ya que, los cuidados son diferentes y en los cuidados paliativos



se desarrollan en espacios tranquilos, privados, sin alarmas ni tecnologías, todo lo contrario que en una UCI (Rubio, 2015).

Actualmente hay un aumento de la demanda de cuidados paliativos en servicios de urgencias hospitalarias. Estos servicios no están adecuadamente adaptados debido a los recursos humanos, la estructura y la rapidez de las tareas de los profesionales en el ámbito. La elaboración de guías de cribado para clasificar a los pacientes ha mejorado la atención en estos casos en EE.UU. Así pues, los protocolos de actuación ante los pacientes paliativos en las unidades de urgencias hospitalarias mejoran la coordinación de los cuidados y consolidan una adecuada atención a los pacientes y a sus familiares (Pepper, 2018).

La entrada a atención especializada de un paciente terminal sin pasar por la puerta de urgencias no es factible, a menos que los profesionales, de manera individual y por voluntarismo propio lo tengan pactado previamente.

“La estrategia en ese caso, como en todos los casos, se facilita por una comunicación directa y personal entre dos especialistas, como son el médico de Atención Primaria y el especialista correspondiente. Es decir, no trasladar a un enfermo sino comentar un problema. Y en el caso de que sea necesario, movilizamos el enfermo...solucionaría muchísimos problemas sin necesidad de pasar por urgencias, salvo que pasar por urgencias sea una cuestión puramente administrativa.”

[E3]

Para ello sería necesaria la creación de protocolos y la incorporación de un mecanismo:

“un paciente terminal que va al hospital, si lo que va es a morir, lo que tendríamos que tener es un mecanismo de acceso rápido, vía cuidados paliativos, establecer el proceso, el procedimiento, que actualmente no existe de una manera reglada, aunque sí, de manera informal se concierta con el servicio de urgencias y entran por urgencias y pasan a unidades de paliativos.” [E2]

Las familias que llevan a los pacientes en cuidados paliativos que acuden a los servicios de urgencias lo hacen por miedo o por la falta de control de los síntomas, y debido a la falta de recursos disponibles (Carrasco, 2017).

Según los entrevistados, también existen experiencias de equipos de cuidados paliativos en las puertas de urgencias de los hospitales, en los que hay personal preparado para estas situaciones



en las unidades de urgencias de los hospitales. Además, sería fundamental aumentar los recursos a nivel domiciliario y aumentar el horario de apoyo dirigido a las familias.

Otra opción sería incorporar los mecanismos necesarios para la asistencia paliativa domiciliaria:

“Sí es terminal, haría asistencia domiciliaria y trasladaría al domicilio del paciente la tecnología necesaria, que en muchos casos es básica y no lo trasladaría nunca al hospital.” [E6]

La incorporación de programas de cuidados paliativos y seguimiento por un equipo de soporte mixto de cuidados paliativos disminuye el número de visitas de los pacientes a atención hospitalaria (Pérez, Jiménez, Sánchez y Mancilla, 2013).

La atención continuada de los pacientes terminales en cuidados paliativos existe en España, pero es mejorable y no está desarrollada totalmente. Hay importantes carencias del cuidado adaptado a los pacientes terminales. Actualmente nos encontramos antes una estructura sanitaria excesivamente medicalizada y con apoyo insuficiente a las familias en esta situación. Esto provoca muertes en el hospital evitables en pacientes terminales, provocando un aumento del sufrimiento de los pacientes. La creación de protocolos para el acceso de los pacientes terminales a atención hospitalaria sin pasar por la puerta de urgencias o el apoyo domiciliario a los pacientes y familias en esta situación disminuiría la incertidumbre y las muertes en el hospital no deseadas. Para ello, se incorporan programas de seguimiento para este tipo de pacientes.

ACCESIBILIDAD

Las desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias son evitables, estas desigualdades están relacionadas con la cobertura de las necesidades, el inconveniente para completar los tratamientos médicos por problemas económicos, desigualdades en los tiempos de espera y de servicios a igual necesidad (Urbanos, 2016).

Dichas desigualdades se encuentran en el tránsito al paciente una vez accede al sistema sanitario son inherentes a los servicios públicos. La proximidad geográfica, la accesibilidad, las listas de espera de las diferentes áreas o especialidades son desigualdades del sistema sanitario español.

“La más habitual es que razones de proximidad geográfica o por razones culturales o personales hacen que haga uso de los servicios, no precisamente el que más lo necesita, sino el que por razones geográficas o por razones personales tiene más accesibilidad ...depende mucho de las condiciones



individuales y tan bien de la información social de que se disponga de lo necesario que es que, se acuda a un sitio, o se demanden se requieran servicios cuando realmente se necesitan.” [E3]

Los pacientes, cuando acceden al sistema sanitario tienen recorridos idénticos para todos los usuarios:

“Una vez que has accedido al sistema sanitario, los circuitos son básicamente iguales para todos; sí que hay circuitos diferentes para lo mismo, en función de la situación del paciente; hay circuitos más rápidos y circuitos más lentos. Pero una vez que tú entras al sistema sanitario, el acceso al resto del sistema es básicamente el mismo.” [E4]

Este tipo de sistemas de salud que presentan universalidad de acceso, y los basados en la Atención Primaria, aportan mayor equidad a la salud. A pesar de ello, en España existen desigualdades en salud relacionadas con la distribución desigual de los determinantes sociales de la salud en los diferentes grupos de la estructura social (Hernández, Cesteros y Esteban, 2012). Para reducir las desigualdades en salud existen intervenciones y políticas como mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución dispar de poder, dinero, recursos y medir el problema, evaluar las intervenciones y ampliar los conocimientos, contar con el personal cualificado y sensibilizar a la opinión pública (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012).

Las desigualdades en el tránsito del paciente son posteriores al acceso al sistema, las diferencias geográficas afectan al tiempo de espera para atención de los servicios sanitarios. A pesar de que los circuitos del sistema son idénticos para todos los usuarios. Comentar que es importante el desarrollo de políticas encaminadas a paliar estas desigualdades en la accesibilidad a los recursos sanitarios.

COORDINACIÓN DESDE APS

La atención comunitaria es necesario que asuma el liderazgo colaborativo, co-participativo, experto y competente en la toma de decisiones complejas. También es necesario adaptar los equipos a las necesidades de las personas, mediante el análisis objetivo y crítico de la efectividad de las actuaciones, incorporar nuevas tecnologías y enfoques en la organización que optimicen los circuitos e incrementen la capacidad resolutoria de Atención Primaria (Límón, Blay y Ledesma, 2015).



La gestión de los ciclos completos de atención a la salud no se está llevando a cabo desde Atención Primaria debido a que la atención hospitalaria posee más peso de conocimiento, gasto tecnológico, de coste y de gasto farmacológico:

“Los recursos en los últimos años casi siempre han ido destinados a centros hospitalarios, y eso significa que se han priorizado los avances tecnológicos, avances farmacológicos dirigidos básicamente a centros de hospitalización y no tanto a que Atención Primaria tuviera equipos potentes de trabajo con capacidad de resolución y con capacidad de decidir en un momento dado qué medida tomar con algún tipo de paciente... la Atención Primaria se quedaba solamente como puerta de entrada y derivación al resto del sistema sanitario.” [E4]

A la Atención Primaria no se le aporta la capacidad resolutoria, ni tiempo, ni formación para llevar a cabo los ciclos completos de salud, y se tiende a derivar a los pacientes a especializada.

“Porque es un aspecto muy abstracto, ciclos completos en atención a la salud es un ámbito difícil a veces de definir. Muchas veces yo creo que es por problema de definición y de entendimiento. No hay una definición, ni un objetivo claro, ni una meta específica, en ese sentido, no una forma de trabajo específica.” [E2]

Esto es un objetivo, pero para ello es necesario la comunicación entre especialidades, y formar a los profesionales en este nuevo modelo. Sin embargo, se está avanzando en este ámbito. A pesar de ello, la asistencia sanitaria en el centro de salud es incompleta y por ello, es fundamental la formación de los sistemas integrados entre los diferentes niveles asistenciales.

La Atención Primaria tiene grandes beneficios para la población: disminuye la mortalidad, mejora los resultados en salud, el consumo de los recursos es más eficiente, disminuye los pacientes ingresados por complicaciones crónicas prevenibles, disminuye las consultas con atención especializada, aumenta la calidad de vida, disminuye el número de consultas de urgencias y disminuye el riesgo de sobretreatmento (González, Villena y Párraga, 2015).

Aun así, las derivaciones a atención especializada por parte de Atención Primaria son diarias. Para asegurar la coordinación ente ambos niveles asistenciales es importante utilizar herramientas como guías de práctica clínica que se basen en la evidencia, procesos y medios clínicos, que estructuren las interconsultas con especializada cuando sea necesario (Contreras, et al., 2015).



La coordinación desde Atención Primaria de Salud de ciclos completos en salud supone importantes beneficios para la población. Sin embargo, no se le otorga esa capacidad de resolución a Atención Primaria y la Atención Hospitalaria asume dicha función-poder por tener más gasto tecnológico, farmacológico, y de costes en general.

GESTIÓN DE CASOS

La gestión de casos es importante para llevar a cabo la continuidad de cuidados de manera adecuada, de forma eficiente y eficaz, mediante la utilización de los programas y servicios disponibles. La gestión de casos se encarga de orientar al paciente y a su familia en situaciones de complejidad, y adecuar la oferta y la demanda de atención en situaciones de dependencia (Rodríguez, 2014).

Así mismo, la gestión de casos es una herramienta que facilita la coordinación entre los niveles asistenciales. Para ello es necesario definirla, una buena coordinación y el uso de tecnología.

“A veces estamos llamando de la misma forma a muchas formas diferentes. Y luego medimos y no sabemos muy bien integrar esa información. El administrador de redes tiene que lograr que la terminología sea conjunta y a lo que se tiende en el aspecto profesional muchas veces es a la dispersión de datos” [E2]

Actualmente, se está desarrollando en algunas áreas de salud en Atención Primaria o en determinadas especialidades, y funciona muy bien;

“Lo que conozco son algunas experiencias de gestión de casos casi siempre centrados en los cuidados de enfermería, no han sido puestos en marcha en todas las áreas de salud y no ha sido puesto en marcha con la misma efectividad en todas las áreas. Yo creo que ha dependido también mucho de quién ha gestionado y cómo se han establecido esos equipos de gestión de casos.” [E4]

La enfermera es la que lleva a cabo la función, y facilita el tránsito del paciente por todos los niveles de asistencia de forma eficiente y con calidad de atención. Sobre todo, para casos muy concretos como en los trasplantes, en pacientes crónicos complejos según la pirámide de káiser, oncología, enfermedades raras, entre otros. Concretamente se está desarrollando en áreas grandes que cuentan con más recursos y mayoritariamente a nivel hospitalario. En la Región de Murcia, sólo en



un área de salud (IX) se está desarrollando la gestión de casos por parte del personal de enfermería, que actúa de intermediario entre los niveles asistenciales y coordina los recursos para los pacientes complejos.

Finalmente, las Comunidades Autónomas no han conseguido implantar la figura de la enfermera gestora de casos de acuerdo a el estándar máximo, la situación es dispar, debido a la falta de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España (Vallejo y Alcaráz, 2019).

A pesar de que la gestión de casos es una herramienta que facilita la continuidad de cuidados, la coordinación entre los niveles asistenciales y el aprovechamiento de los recursos de forma eficaz y eficiente, no se encuentra desarrollada apenas, a excepción de algunas Comunidades Autónomas y en ciertas áreas concretamente como prueba piloto. Enfermería asume el papel.

Reflexión crítica:

La estructura sanitaria del modelo español garantiza la Universalidad y disminuye las desigualdades en la asistencia sanitaria, a pesar de que todavía existen diferencias según zonas geográficas. La descentralización del SNS de la coordinación de la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas permite una mayor adaptabilidad del sistema a las circunstancias regionales, pero tiene algunos efectos colaterales como la inequidad. La Red de Atención a la Salud está compuesta por diferentes niveles asistenciales y servicios que se encuentran integrados para garantizar la continuidad y calidad asistencial, además incluye coordinación con otros sectores como educación e investigación, y coordinación entre el sector público y privado. También, medidas como el copago farmacéutico regulado por la situación social del ciudadano y nivel de renta, permitiendo mejorar la financiación del sistema y sobre todo el uso racional de los fármacos.

Los gestores sanitarios poseen formación sobre gestión y trabajo en redes, en tecnologías y sistemas de la información, en economía de la salud, en gestión y políticas sanitarias, y algunos, además, formación en atención a la salud y la formación humanista-social, a pesar de que, la formación ha sido adquirida posteriormente al acceso al cargo y por motivación propia, de forma no reglada. La politización de la elección de los gestores sanitarios y la falta de transparencia que provoca la falta de profesionalización del sector, lo que perjudica el desarrollo de las Redes de Atención a la Salud.



La potenciación actual de las consultas no presenciales y seguimiento telefónico se muestran como el futuro desarrollo del sistema sanitario para mejorar la accesibilidad y comunicación. Así mismo, el acceso mediante portales de comunicación de la Historia Clínica entre los niveles asistenciales favorece la integración del sistema y mejora la calidad asistencial. Así mismo, el desarrollo y colaboración con las asociaciones no gubernamentales para canalizar las necesidades de la población es otra vía de integración en las redes.

La financiación para el desarrollo de la promoción y prevención de la salud es insuficiente para las demandas actuales, pero forma parte de la atención a la salud en España y existen planes para su desarrollo. Eso es debido al elevado gasto tecnológico y farmacológico consume gran cantidad de recursos que son desprovistos de los recursos preventivos.

Además, las muertes hospitalarias de pacientes terminales serían evitables si se facilitaran los recursos y herramientas necesarios a los pacientes paliativos y sus familiares.

Finalmente, la gestión de casos es una herramienta en desarrollo en España para mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y servicios de pacientes crónicos complejos. Esto aumenta la eficacia y eficiencia del sistema, provocando un aumento del aprovechamiento de los recursos, pero con un patrón de implementación muy desigual en España.

- *What are the conclusions regarding the two main research questions?*
 - La estructura del SNS es mayoritariamente pública y se divide en servicios autonómicos de salud debido a la descentralización del SNS. Las Comunidades Autónomas se encargan de coordinar la asistencia sanitaria y el nivel municipal lleva a cabo las políticas públicas sobre salud en los ciudadanos. Los gestores regionales de salud son los encargados de asociarse y mantener relación con las asociaciones de pacientes y de vecinos, voluntariado, ONG's, industrias, proveedores, estructuras formativas, investigación, universidades, centros educativos, Consejerías, instituciones públicas y privadas, Ayuntamientos, entidades locales y con los cuerpos de seguridad del estado. Existe una red integral de salud formada por el nivel de Atención Primaria y el nivel de Atención Especializada que se encuentran integradas en un eje tanto horizontal como vertical, mejorando la calidad y continuidad



asistencial. Existe coordinación intersectorial con algunos sectores como educación e investigación, pero es insuficiente. La gestión por procesos sociosanitarios requiere un importante ejercicio de coordinación de los servicios sociales y sanitarios muy complejo aun cuando no hay buena integración en redes. La estructura del sistema sanitario español garantiza el uso racional de recursos de la población y evita el solapamiento de las diferentes redes y servicios.

- Las circunstancias de nuestro sistema sanitario se pueden valorar positivamente a nivel regional, a pesar de la existencia de ciertas inequidades, determinadas en gran medida por el ámbito político y la sectorización en Comunidades Autónomas, ofreciendo una asistencia sanitaria de carácter universal. El movimiento de descentralización hacia las Comunidades Autónomas, a nivel de salud conlleva la descentralización económico-financiera y cierto desequilibrio entre la financiación y el gasto sanitario. La financiación a nivel nacional es suficiente, pero existen inequidades a nivel regional y por ende una distribución desigual de recursos, al no considerar siempre el tamaño poblacional, las condiciones de las Comunidades Autónomas y las necesidades de la población. El contenido mínimo de la cartera de servicios del SNS viene exigido a nivel nacional, y las Comunidades Autónomas pueden ampliar dicha oferta. El gasto tecnológico y farmacológico es elevadísimo, al contrario que el gasto en promoción y prevención de la salud. El copago farmacéutico regulado según los niveles de renta y situación social de los ciudadanos promueve la garantía de un uso responsable y finalmente, un descriptor importante de nuestro SNS son las áreas de gestión unificada, que favorecen la gestión de redes de salud.
- Las competencias necesarias para gestionar una red de atención de la salud deben ser aquellas que permitan planificar, organizar, dirigir, controlar y coordinar los servicios de salud en hospitales, clínicas, centros de salud, centros de día, residencias de ancianos, áreas de salud y organizaciones semejantes del sector sanitario. El gestor debe poseer formación en gestión y trabajo en redes, en tecnologías y sistemas de la información, en economía de la salud, en gestión y políticas sanitarias, también es recomendable pero no imprescindible la formación en atención a la salud y la formación humanista y social. La mayor parte de las ocasiones, la formación del gestor



actualmente se desarrolla después de acceder al cargo, de forma no reglada, autodidacta y mediante la propia práctica.

- Las necesidades de formación reglada, mínimamente exigida y los recursos formativos en el área de gestión sanitaria de redes de atención a la salud son necesarios para desarrollar la profesión de gestor y paliar la producción política de este tipo de cargos. Aunque actualmente existen cursos, asignaturas en algunos grados de la salud como medicina y enfermería, así como másteres sobre gestión sanitaria, son estudios no exigidos para acceder al cargo y que en muchas ocasiones no se realizan al no constituir un requisito.
- Los retos y áreas de mejora de nuestro sistema nacional de salud como sistema de servicios integrados son los siguientes:
 - Potenciar actividades no presenciales para mejorar la accesibilidad y la comunicación: las consultas no presenciales y seguimiento telefónico, que son recursos que han demostrado gran utilidad durante la pandemia.
 - Sistemas de información integrados como una Historia Clínica unificada para ambos niveles de atención y entre Comunidades Autónomas, evitando inconvenientes ocasionados por las dificultades de acceso a la información, duplicidades de pruebas innecesarias, interacciones farmacológicas...
 - Redes de salud regionales para equilibrar los recursos disponibles con las necesidades y las demandas de la población. Para ello es necesario mejorar la productividad y la eficiencia del sistema.
 - Desarrollar el codesarrollo con las asociaciones no gubernamentales, que son las que atienden en gran medida las necesidades sociales de la población.
 - Aspectos organizativos para lograr una coordinación operativa, mediante la creación de estrategias que favorezcan la integración entre los diferentes niveles y servicios asistenciales.
 - Reasignación, recortes y desinversión son mecanismos utilizados para controlar el gasto sanitario, aunque actualmente existe un aumento del PIB en sanidad. La Atención Primaria en España dispone de gran cantidad de recursos, aunque no son suficientes para las demandas actuales siendo



necesaria más capacidad resolutoria a este nivel y una integración más efectiva con Atención Especializada de cara a la optimización máximo.

- El aumento de costes es debido principalmente a consultas innecesarias, impacto de nuevos tratamientos, duplicidad de actos, impacto de la esperanza de vida, el nivel tecnológico...aunque existen medidas destinadas a mantener la cohesión y calidad del sistema sanitario y la promoción de medidas de retención de costes a partir de políticas de utilización racional de recursos que deben potenciarse
- La promoción y prevención de la salud no tiene una financiación adecuada, favoreciendo la predominancia de la idea hospitalocentrista frente a la idea preventivista.
- Existe y se reconoce el enfoque familista en el cuidado sobre todo para servicios como Atención Primaria y cuidados paliativos. No obstante, no existen programas transversales de apoyo al cuidador, a excepción de programas formativos para los cuidadores de los enfermos de Alzheimer.
- Potenciar la coordinación sociosanitaria desde Atención Primaria para cubrir las necesidades de la población. La coordinación desde Atención Primaria de Salud de ciclos completos en salud supone importantes beneficios para la población. En esta línea, la gestión de casos se encuentra en desarrollo dispar en España, a pesar de que, es una herramienta que facilita la continuidad de cuidados, la coordinación entre los niveles asistenciales y el aprovechamiento de los recursos de forma eficaz y eficiente.
- Implementar de herramientas que permitan adelantarse a un proceso crónico complejo es una estrategia fundamental a desarrollar y el entorno adecuado es AP.
- La falta de formación especializada en gestión sanitaria en el contexto de Red de Atención a la Salud y la politización de los gestores sanitarios provoca importantes repercusiones en el desarrollo de la red.
- Las muertes hospitalarias del paciente terminal podrían reducirse bastante si existieran los recursos necesarios a nivel domiciliario y concienciación suficiente en la población. La atención continuada de los pacientes terminales



en cuidados paliativos no está desarrollada, y existen importantes carencias del cuidado adaptado a los pacientes terminales. La estructura sanitaria está excesivamente medicalizada y existe un déficit de apoyo a las familias. Es importante el desarrollo de procedimientos que permitan el acceso de los pacientes terminales a atención hospitalaria sin pasar por el servicio de urgencias.

- Falta de dispositivos para la gestión del duelo, aunque los equipos de cuidados paliativos atienden puntualmente este problema hasta el momento de la muerte
- Desarrollar políticas encaminadas a paliar las desigualdades en la accesibilidad a los recursos sanitarios es un reto fundamental.

- *Are there any recommendations or implications for any stake holders, policy makers, etc.?*

Las recomendaciones para los responsables políticos y partes interesadas son profesionalizar el trabajo de gestor de redes de salud en España, y crear formación específica y obligatoria que contenga formación sobre gestión y trabajo en redes, en tecnologías y sistemas de la información, en economía de la salud, en gestión y políticas sanitarias, formación en atención a la salud y la formación humanista-social. El acceso al cargo sea mediante una convocatoria pública.

También, los temas prioritarios de los gestores sanitarios regionales de salud son aportar recursos para la realización de diagnósticos, y de la terapéutica. Primero fortalecer la labor preventiva para evitar la enfermedad en el paciente, diagnósticos y actuaciones precoces cuando la enfermedad aparece. Y después, observar y analizar la capacidad de influencia de las actividades sanitarias en los ciudadanos mediante indicadores que midan la relación,

Además, podría ser positivo integrar en los determinantes de la salud la alimentación, la educación, el empleo y las condiciones laborales, condiciones sociales, el entorno y la vivienda, las condiciones socioeconómicas, la higiene, con los servicios sanitarios formando parte de las competencias de un administrador de redes. Aspectos como la educación aportan mejores condiciones socioeconómicas y de empleo, y mayor conocimiento de los hábitos saludables.

- *What would be an essential thing to do/ an essential advice in terms of the situation of health network management in your country?*

La situación de la gestión de redes en España se encuentra en pleno desarrollo. La integración y coordinación entre los niveles asistenciales Atención Primaria y Atención especializada en España es fundamental para garantizar la calidad y continuidad asistencial, además de para garantizar la salud poblacional y llevar a cabo la promoción y la prevención de la salud.



El Sistema Nacional de Salud en España se creó como un sistema de salud integrado, pero en la realidad, existe un importante déficit en la coordinación y en la continuidad asistencial, siendo preciso volcar más capacidad de gestión de casos complejos en Atención Primaria y rediseñar la carrera del paciente crónico complejo en el entorno hospitalario. La atención en el domicilio es cada vez más y más una necesidad sociosanitaria donde es preciso implicar a muchos organismos e instituciones que puedan proveer de recursos locales.

6. Bibliography

- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (1993). *Real Decreto 347/1993, de 5 de marzo, sobre organización de los Servicios Territoriales del Instituto Nacional de la Salud*. Recuperado el 20 e Agosto de 2020 de <https://www.boe.es/>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Recuperado de <https://www.boe.es>
- Aguerreberre, P. M. (2012). *Comunicar y curar. Un desafío para pacientes y profesionales sanitarios* (Vol. 225). Barcelona, España: Editorial UOC.
- Alamillos, P., y Collazos, A. I. (2015). *Guía de criterios de aptitud para trabajadores del ámbito sanitario*. Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario. Madrid, España. Recuperado de <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Aleixandre, R., Ferrer, A., y Peset, F. (2010). Informatización de la historia clínica en España. *El profesional de la información*, 19(3), 231-239.
- Allepuz, A., Gallardo, C., Perona, M., y Grup de Coordinació entre nivells del Garraf. (2012). Coordinación entre niveles asistenciales: ¿qué priorizan los profesionales?. *Atención Primaria*, 44(9), 568.
- Aller, M. B., Vargas, I., Waibel, S., Coderch, J., Sánchez, I., Llopart, J. R., ... y Navarrete, M. L. V. (2013). Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 207-213.8.



- Almiñana, M. D. (2015). Universalidad del derecho a la salud e igualdad material: desigualdades económicas y sociales y desigualdades en salud. *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, 3-31.
- Alonso, E. (2013). *Sistema sanitario español: transferencias sanitarias y panorama actual*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Cantabria, España.
- Altisent, R., y Júdez, J. (2016). El reto de la planificación anticipada de la atención al final de la vida en España. *Medicina Paliativa*, 23(4), 163-164.
- Álvarez, A. I. E., y Rodríguez, A. A. (2016). 30 años de reforma sanitaria. Situación actual y perspectivas de la gestión clínica en España. *Revista española de control externo*, 18(53), 67-105.
- Álvarez, F., y Faizal, E. (2013). *Gerencia de hospitales e instituciones de salud*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.
- Artells, J. J., Peiró, S., y Meneu, R. (2014). Barreras a la introducción de una agencia evaluadora para informar la financiación o la desinversión de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Salud Pública*, 88(2), 217-231.
- Ayuso, D., y Herrera, I. (2017). *El liderazgo en los entornos sanitarios: Formas de gestión*. Ediciones Díaz de Santos. Recuperado de <https://books.google.es/books>
- Azogil, L.M., Pérez, J.J., Ávila, P., Medrano, E.M., y Coronado, M.V. (2018). Efectividad de un nuevo modelo de derivación telefónica compartido entre Atención Primaria y atención hospitalaria. *Atención Primaria*, 51 (5), 278-284.
- Bayle, M. S. (2014). *La privatización de la asistencia sanitaria en España*. Fundación Alternativas. Recuperado de <http://comunicacion.fenin.es/prensa/>
- Benach, J., Tarafa, G., y Muntaner, C. (2012). El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gaceta Sanitaria*, 26, 80-82.
- Bengoa, R. (2015). El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 323-325.



- Botija, P., Botija, M., y Navarro, J. (2018). Implementación de estrategias y herramientas de coordinación sociosanitaria en un departamento de salud. *Gaceta Sanitaria*, 32, 386-389.
- Calvo, M. J., Rodríguez, J. I., Villarubia, C. S., López, E. R., y Maldonado, J. M. (2015). La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. *RISAI-Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 7(1).
- Camacho Ruiz, M. (2016). *Politización y profesionalización en los ministerios de justicia, sanidad e industria*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Almería, España.
- Cámara, C. C. (2011). Federalismo horizontal en el Estado autonómico. La evolución de los mecanismos de cooperación horizontal en España. *Abad* 2, 43.
- Campillo, C., y Bernal, E. (2013). Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 175-179.
- Campo, M. B. G., Rodríguez, P. M., y Cortés, C. C. (2016). Integración de los principios de cuidados paliativos en cuidados intensivos. *Cuadernos de Bioética*, 27(2), 175-184.
- Cantarero, D., Álvarez, S., Blázquez, C., y Sáez, M. P. (2015). La nivelación en el modelo de financiación autonómica. *Revista de Estudios Regionales*, (104), 111-132.
- Carrasco, T. G. (2017). *La construcción del proceso de morir en el área de urgencias: significados, actitudes y habilidades del personal de enfermería*. (Tesis Doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.
- Casas, R. (2010). *Estudio comparado de la asistencia sanitaria pública en dos regiones comunitarias: el modelo español de Castilla y León y el modelo alemán de Baviera*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Castillo, J. R. (2015). *Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España*. Fundación Alternativas. Recuperado de http://medicosypacientes.com/sites/default/files/InformeFAlternativas_0.pdf
- Gobierno Castilla-La Mancha. (2020). *Funciones y Competencias de la Conserjería de Sanidad*. Recuperado de <https://www.castillalamancha.es/>



- Cequier, Á., y Ortiga, B. (2015). Clinical Management Levels. *Revista Española de Cardiología*, 68(6), 465-468.
- Cía, N. M., Pérez, M. P., Heras, J., Ávila, G. G., Díaz, J. M., y Aguilar, J. L. R. G. (2018). Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 17-21.
- Clavería, A., Ripoll, M. A., López, A., Rodríguez, C., y García, J. R. (2012). La cartera de servicios en Atención Primaria: un rey sin camisa. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 142-150.
- Claves, L. (2018). Análisis comparado de los modelos de bienestar social vigentes en España, Alemania, Suecia y Estados Unidos. *Laboratorio de Alternativas*. Recuperado de https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/437327b4cbe04f01597709aad4766ff8.pdf
- Coderch, J., Sánchez, I., Ibern, P., Carreras, M., Pérez, X., y Inoriza, J. M. (2014). Predicción del riesgo individual de alto coste sanitario para la identificación de pacientes crónicos complejos. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 292-300.
- Cofino, R., Avinó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., ... y Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?. *Gaceta sanitaria*, 30, 93-98.
- CoLL, D. J. G. (2015). Descripción y valoración crítica de los diferentes sistemas sanitarios en Europa. *D TRIBUNA PLURAL*, 27.
- Comino, M. R. S., Krane, S., Schelling, J., y García, V. R. (2016). Diferencias y similitudes en la Medicina de Familia de los sistemas sanitarios en Alemania y España. *Atención Primaria*, 48(2), 131-135.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189.



- Conejo, M. P. M. (2019). Intervención emocional en el duelo perinatal y neonatal: acompañando la pérdida. *Sociedad Española de Cuidados paliativos Pediátricos*. III CONGRESO NACIONAL. Recuperado de <https://www.pedpal.es/site/wp-content/uploads/2019/03/Libro-de-ponencias-y-comunicaciones-III-Congreso-PedPal.pdf>
- Consejo General de Enfermería. (2018). *Marco de competencias del Profesional de Enfermería Experto en el Ámbito Escolar*. Recuperado de <https://www.consejogeneralenfermeria.org/>
- Conserjería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia (2010-2015). *Plan de Salud de la Región de Murcia*. Recuperado de <http://www.murciasalud.es/>
- Contel, J. C., Muntané, B., y Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria*, 44(2), 107-113.
- Contreras, N., Gibert, A., Linares, J. M., Villacreces, P., Casamada, N., y Sauvalle, M. (2015). Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria. *Pediatría Atención Primaria*, 17(65), e13-e20.
- Corrales, D., Alonso, A., y Rodríguez, M. Á. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 63-68.
- Cortès, I., y López, B. G. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 1-6.
- Criado, J. J., Repullo, J. R., y García, A. (2011). Vigencia de la Ley General de Sanidad tras veinticinco años. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 437-448.
- D'Argemir, D. C. (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404.



- De la Fuente Ballesteros, S. L., Granja, N. G., Carrasco, M. H., Benito, A. H., Álvarez, I. G., y Ramón, E. G. (2018). La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda en Atención Primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 44(7), 458-462.
- De Quirós, F. G. B., y Luna, D. (2012). La historia clínica electrónica. *Secretario editorial David Rojas Comité editorial*, 75.
- De Sevilla, M. C. F., Gómez, F. T., Úbeda, M. G., y Téllez, L. D. (2012). Desarrollo de un software integrado de ayuda a la validación farmacéutica. *Farmacia Hospitalaria*, 36(5), 351-355.
- Del Castillo, J. R. (2007). ¿Son los servicios regionales de salud en España la garantía de la protección sanitaria universal?. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 5(1), 35-59.
- Del Pino, E., y Fernández, R. (2019). *Ajustes e impactos de la crisis sobre el gasto social de las comunidades autónomas. El sector público español: reformas pendientes* [Recursos electrónico]. Recuperado de: <https://www.funcas.es/>. Date of access, 23.
- Delgado, E. (2015). De la Integración Asistencial a la implantación efectiva de un nuevo modelo asistencial integrado a través de la Gestión por Procesos y la Mejora Continua. *RISAI-Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 7(1).
- Educaweb. (2020). Gerente de servicios de salud: educaweb. Recuperado de <https://www.educaweb.com>
- Espinosa, J., Gómez, X., Picaza, J. M., y Limón, E. (2010). Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. *Medicina clínica*, 135(10), 470-475.
- Eurostat Statistics Explained. (2020). Gasto del gobierno en salud. Recuperado de https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Government_expenditure_on_health
- Fayos, P. (2017). *Servicios Sanitarios en España: caracterización y evolución*. (Trabajo Fin de Máster). Universidad Miguel Hernández, Orihuela, España.
- Fernández, A., y Ollero, M. (2010). Percepción de la continuidad asistencial: conocer para actuar. *Elsevier*. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/resp/2010.v84n4/349-351/es/>



- Férrnandez, A., y Vaquera, M. (2012). Análisis de la evolución histórica de la Sanidad y la gestión sanitaria en España. *Repositorio institucional de la Universidad Autónoma de Madrid*. Recuperado de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/679002>
- Fernández, G. L., Pérez, H. J. S., y Cortés, J. L. L. (2016). Sobre la propuesta de “universalidad” en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto. *Estudios Políticos*, 38, 117-141.
- Fernández, J. V. (2011). Sostenibilidad del sistema sanitario: crisis económica, prestaciones sanitarias y medidas de ahorro. *DS: Derecho y salud*, 21(2), 13-34.
- Fernández, M. I. (2017). *Relación enfermera paciente-familia en cuidados paliativos*. (Tesis Doctoral). Universidad de Coruña, A Coruña, España.
- Fernández, P., Cerro, I., Cervantes, L., Carrascosa, J., Medina, M., y García, A. M. (2015). Cuestionario para evaluar la importancia de la familia en los cuidados de enfermería: validación de la versión española (FINC-NA). *En Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38, (1), 31-39.
- Ferrándiz, R. (2017). *Análisis de la eficiencia de los hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. (Tesis Doctoral). Repositorio de Universidad Católica San Antonio de Murcia, España.
- Forcado, A. E. A. (2018). Las organizaciones no gubernamentales como actores claves en la sociedad internacional. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, 7, 106-107.
- Franco, J. L., y Fullana, C. (2018). Influencia de los modelos de gestión en la eficiencia de los hospitales del sistema sanitario público. *Repositorio de Universidad Pontificia Comillas*, Madrid, España.
- Freire, M. M., Dosantos, S. V., y Gómez, S. R. (2016). Consulta telefónica no urgente en Atención Primaria. *Cuadernos de Atención Primaria*, 22, 14-18.
- Gallo, P. A. (2012). Restricciones de gasto, gestión privada y copago en el servicio público de salud. *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, 4, 80-86.



- García de Ribera, M. C., Vázquez Fernández, M. E., Bachiller Luque, M. R., Barrio Alonso, M. P., Muñoz Moreno, M. F., Posadas Alonso, J., ... y Hernández Velázquez, P. (2010). Estudio piloto de consulta telefónica pediátrica. *Pediatría Atención Primaria*, 12(47), 413-424.
- García, A., Barba, G., Pons, J. M., Argimon, J. M., y Fernández, R. (2013). Transparencia en los resultados de la sanidad. *Auditoría Pública*, 61, 45-52.
- García, F. M., Quintana, A. I. F., y Prats, A. D. (2012). La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 134-141.
- García, J. M., y Perera, R. (2010). Seguimiento, control o monitorización de los pacientes: algunas notas de interés. *Enfermería Clínica*, 20(1), 40-46.
- García, M. I., Biedma, L., Serrano, R., y Ranchal, J. (2017). Los debates se concretan: la universalidad revertida en el sistema español de salud. *Index de Enfermería*, 26(3), 195-199.
- García, S. (2011). Economía y salud. *Boletín informativo*, 70. Recuperado de <http://www.aes.es/Publicaciones/boletin70.pdf>
- Girela, B. A. (2014). *Gestión administrativa de la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, España.
- Girón, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Gómez, J. (2019). *Duelo patológico: detección, prevención, tratamiento e intervención enfermera: revisión bibliográfica*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Coruña, A Coruña, España.
- Gómez, M., Altisent, R., Bátiz, J., Ciprés, L., Corral, P., González, J. L., ... y Rodríguez, J. J. (2010). Consideraciones de la Organización Médica Colegial para el desarrollo de los cuidados paliativos en España. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(4), 213-215.
- González, B., Rodríguez, S., y Puig, J. (2016). *Copagos sanitarios: revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño*. Repositorio Institucional de Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España.



- González, E., Villena, A., y Párraga, I. (2015). Atención Primaria: la apuesta necesaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(3), 182-184.
- González, N. (2017). *Situación del Sistema Sanitario Público en España: análisis comparada con otros modelos occidentales*. (Trabajo Fin de Grado). Universitat de les Illes Balears, Islas Baleares, España.
- Guillem, F. C. (2018). Los retos de la prevención y promoción de la salud, y los del PAPPs. *Atención Primaria*, 50(Suppl 1), 1.
- Hernández, M. M., García, M. B., López, E., Castell, R. M., y Martí, T. (2019). Desarrollo de Competencias Directivas para la mejora de la Atención Integrada. *International Journal of Integrated Care*, 19(4).
- Hernández, S. M., Polanco, N. T., Solinis, R. N., Hernández, M. M., y Zaldua, E. B. (2014). Aplicaciones del cooperativismo en entornos sanitarios. *XV Congreso de investigadores en Economía Social y Cooperativa*. Gobierno de Cantabria, España.
- Hernández, V. L. (2015). La profesionalización de la función directiva en la sanidad pública: selección y provisión de puestos directivos. *Gabilex: Revista del Gabinete Jurídico de Castilla-La Mancha*, 2, 35-69.
- Hernández-Aguado, I., Cesteros, M. S., y Esteban, P. C. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la Atención Primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 6-13.
- Herrera, J. C. M., Asencio, J. M. M., Kaknani, S., y Mayor, S. G. (2016). Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. *Enfermería Clínica*, 26(1), 55-60.
- Hita, J. M. C. (2010). *La financiación del gasto sanitario en España: valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad*. Bilbao, España: Fundación BBVA.
- Iglesias, F. H. (2012). ¿Recibimos demasiada asistencia? ¿Innecesaria? Algunos elementos para no perderse en el debate de la reasignación. *Med Gen y Fam (digital)*, 1, 298-307.
- Jaimes, B. A. G. (2013). Participación ciudadana en salud (I): de la información a la toma de decisiones. *RevistaeSalud.com*, 9(35), 5.



- Jerez, J. (2018). *El Derecho de protección de la salud en España: una propuesta de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias*. (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.
- Jiménez, S., y Prieto, C. V. (2012). La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 124-133.
- Liang, Z., Howard, P.F., Koh, L.C. y Leggat, S. (2013). Requisitos de competencia para gerentes intermedios y superiores en servicios de salud comunitarios. *Revista australiana de salud primaria*, 19(3), 256-263.
- Limón, E., Blay, C., y Ledesma, A. (2014). Population needs, a call for changes in Primary Care. *Atención Primaria*, 47(2), 73-74.
- Lockhart, W. y Backman, A. (2009). Competencias de gestión de la atención de la salud: identificación de las brechas. *Healthcare Management Forum*, 22(2), 30-37.
- López, J., Oliva, J., Antoñanzas, F., García, A., Gisbert, R., Mar, J., y Puig, J. (2010). Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 154-170.
- López, P. R. (2011). La comunicación en los gestores de enfermería: un papel fundamental. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2(1), 46-54.
- Márquez, S., Villegas, R., Soler, V. G., y Martínez, F. (2014). Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. *Gaceta sanitaria*, 28, 116-123.
- Martín, J. J. M., y Del Amo, M. D. P. L. (2011). The sustainability of the Spanish National Health System. *Ciencia y saude coletiva*, 16(6), 2773.
- Martín, M. D. G., y Domínguez, E. M. Z. (2013). Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. *Enfermería Global*, 12(4), 211-221.
- Martínez, L. A. (2017). *Estado de bienestar y sostenibilidad financiera en las Comunidades Autónomas*. Repositorio Universidad de Alicante, España.



- Martínez-López, J. Á., y Martínez-Gayo, G. (2019). Implicaciones del aumento del copago farmacéutico en España: una nueva privación material. *Convergencia*, 26(81).
- Matarín, T. M. (2015). Redes sociales en prevención y promoción de la salud. Una revisión de la actualidad. *Revista española de comunicación en salud*, 6(1).
- McQueen, D. V., Wismar, M., Lin, V., Jones, C. M., y Davies, M. (2015) *Gobernanza Intersectorial para la Salud en Todas las Políticas*. Gobierno de España. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/>
- Medrano, J., y Pacheco, L. (2015). Historia clínica electrónica y confidencialidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 249-253.
- Mendes, E. V. (2013). *Las redes de atención de salud*. Organización Panamericana de Salud. Recuperado de <https://iris.paho.org/>
- Mendiola, R., Gondra, L., Ormaechea, V., Martínez, J. M., Tadeo, A., Bretos, C., y Daza, P. (2014). Triage telefónico en Atención Primaria: análisis de la implantación de un modelo. *Pediatría Atención Primaria*, 16(63), 205-210.
- Merino, M., Zabala, A. F., Amengual, J. M., Márquez, S. P., y de Manuel Keenoy, E. (2015). Integración entre niveles asistenciales para pacientes con necesidades complejas: el proyecto europeo Carewell y la perspectiva desde el País Vasco. *RISAI-Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 7(1).
- Minana, J. S. (2015). Copago en farmacia de receta en la sanidad pública española: certezas, riesgos y selección de riesgos. *Atención Primaria*, 47(10), 669-673.
- Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. (s.f.). *Plan de Calidad*. Recuperado el 20 de Agosto de 2020 de www.mscbs.gob.es
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/>
- Miranda, M. V. (2014). Revisión y reflexión sobre la sanidad pública española. *Enfermería Nefrológica*, 17(2), 85-91.



- Mireles, R. R., Rodríguez, A. M. P., Prado, M. J. A., Esteban, P. C., Serón, M. E. A., y Calvo, R. V. (2018). Implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 52-58.
- Monsalve, M., Peñalba, A. C., y Lastra, S. (2013). La consulta telefónica en Atención Primaria: ¿está justificada?. *Pediatría Atención Primaria*, 15(60), 329-331.
- Montes, J. M., i Canosa, J. C., de Castilla-La, S. D. S., y Montero, S. Á. (s.f.). La relación Atención Primaria-Atención Especializada Oportunidades de mejora. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3267796>
- Morán, J. (2013). Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 385-405.
- Naranjo, D. (2016). Cómo los equipos de dirección usan los sistemas de información y control en la gestión hospitalaria. *Gaceta Sanitaria*, 30(4), 287-292.
- Nuño, R., Sauto, R., y Toro, N. (2012). Integrated care initiatives in the Spanish Health System/Experiencias de integración asistencial en el Sistema Nacional de Salud de España: Abstracts from the Third Spanish Conference on Chronic Care, San Sebastián, 19–20 May 2011/Resúmenes de Comunicaciones al III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, Donostia-San Sebastián, 19 y 20 de mayo del 2011. *International journal of integrated care*, 12(Suppl2).
- Ochoa, L. A. O. (2012). *Gestión clínica: desarrollo e instrumentos*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Oliva, J. (2013). La evaluación económica de intervenciones sanitarias en España. Situación actual y perspectivas. *Gest Eval Costes Sanit.*, 14, 15-24.
- Oliva, J., Brosa, M., Espín, J., Figueras, M., y Trapero, M. (2015). Cuestiones controvertidas en evaluación económica (I): perspectiva y costes de intervenciones sanitarias. *Revista Española de Salud Pública*, 89(1), 5-14.



- Oliver, M., y Iñiguez, L. (2017). Identificación de experiencias de Salud 2.0 en el ámbito de la Atención Primaria en España. *Índex de enfermeria*, 26(1-2), 72-76.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>
- Ortega, M., Cabot, C., Porras, F., Cantos, M., Pastor, L., y Fàbregas, A. (2014). Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos. *Gerokomos*, 25(4), 152-158.
- Palomo, L., Gené-Badia, J., y Rodríguez-Sendín, J. J. (2012). La reforma de la Atención Primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 14-19.
- Paniello, I. (2015). *La importancia de la comunicación en una asociación de pacientes: el caso de Acción Psoriasis*. (Trabajo Fin de Grado). Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Barcelona, Cataluña, España.
- Panisello, B. L. (2017). *La integración vertical entre niveles asistenciales en el sistema sanitario español* (Tesis doctoral). Repositorio Institucional de la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Cataluña, España.
- Parada, L. A., Taborda, A., y Chicaíza, L. (2013). Evaluación económica de tecnología sanitaria y toma de decisiones en salud. *Coyuntura Económica: Investigación Económica Y Social*, XLIII (2), 81-95.
- Peiró, S., Artells, J. J., y Meneu, R. (2011). Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 95-105.
- Pepper, I. (2018). *Integración de cuidados paliativos en los servicios de urgencias hospitalarios*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Almería, Andalucía, España.
- Pérez, A. Q., Jiménez, P. Á., Sánchez, M. J. G., y Mancilla, P. G. (2013). Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias. *Medicina paliativa*, 20(2), 60-63.



- Pérez, B. (2015). Redes de servicios sociales: Respuestas institucionales a los desafíos cambiantes de la protección social. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 819. Recuperado de <https://publications.iadb.org>
- Pérez, C. (2018). Evaluación de la eficiencia técnica de los hospitales generales del sistema nacional de salud (2010-2012). *Premios Profesor Barea*, 16.
- Perpiñán, J. M. A., y Pérez, J. E. M. (2016). Cómo articular la cooperación en red de los recursos sobre conocimiento y evaluación en salud y servicios sanitarios en España. ¿Hacia un HispanICE?. *Gaceta Sanitaria*, 30, 14-18.
- Pinzón-Pulido, S., Alonso-Trujillo, F., Torró-García-Morato, C., Raposo-Triano, M. F., y Morilla-Herrera, J. C. (2016). Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios. *Enferm Clin*, 26(1), 3-6.
- Ramos-López, J. M., Alfaro, M. C., y Santiago, A. G. (2011). La historia clínica digital en el entorno del Decreto de Libertad de Elección. *Revista Salud.com*, 7(26), 9-9.
- Recio, L. Á. H., y Montero, P. A. (2016). Los desequilibrios en la distribución de los recursos de las Comunidades Autónomas. Una perspectiva global. *Revista de Estudios Regionales*, 105, 21-72.
- Repullo, J. R. (2012). Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios. *Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad*. Recuperado de http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500568/n2.4_Cambios_y_reformas.pdf
- Repullo, J. R., y Freire, J. M. (2016). Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 30, 3-8.
- Reverte, M. A. L., García, J. T. L., Penas, A. G., y Barahona, H. (2016). La atención al duelo en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. *Medicina Paliativa*, 23(4), 192-198.
- Reyes, F., y Cerviño, F. X. (2011). Cohesión y coordinación en el Sistema Nacional de Salud. Reflexiones y propuestas. *Servicio de Publicaciones d Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela*. Recuperado de <https://minerva.usc.es>



- Riquelme, M. (2012). Metodología de educación para la salud. *Pediatría Atención Primaria*, 14, 77-82.
- Rodríguez, A. S., de la Torre, I., y Pascual, A. D. (2011). Análisis de aspectos de interés sobre privacidad y seguridad en la Historia Clínica Electrónica. *Revistaesalud.com*, 7(27), 9-8.
- Rodríguez, P. (2014). Continuidad de cuidados, coordinación sociosanitaria y gestión de casos: Conceptos clave para una correcta atención a personas en situación de dependencia. *Sociedad de enfermería de Atención Primaria de Asturias*.
- Román, P., y Ruiz-Cantero, A. (2017). La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios. *Revista clínica española*, 217(4), 229-237.
- Romano, J., y Choi, Á. (2016). Medida de la eficiencia de la Atención Primaria en Barcelona incorporando indicadores de calidad. *Gaceta Sanitaria*, 30(5), 359-365.
- Rosas, A. M., Narciso, V., y Cuba, M. S. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (APS): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta médica peruana*, 30(1), 42-47.
- Rubio, R. D. C. (2015). El enfermo crónico en la fase final de su enfermedad en Cuidado Intensivo requiere la transición del cuidado curativo al cuidado paliativo. Revisión de la literatura. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 15(1), 45-48.
- Ruiz, V. L., del Pozo, J. S., Gómez, M. P. P., Malmusi, D., Duarte, M. V., y Sanz, E. P. (2018). Municipalismo y salud comunitaria: transformar desde los ayuntamientos. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 26-31.
- Sánchez, A. G. (2014). Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente. *Nuberos Científica*, 2(11).
- Sánchez, J. (2019). Transparencia y democracia participativa en el Sistema Nacional de Salud: Las Asociaciones de pacientes. *Universidad Autónoma de Madrid, Encuentros Multidisciplinares* 63, 1-5.
- Sánchez, L., y Casado, M. (2014). Continuidad de la atención de salud basada en la integración entre niveles asistenciales. *Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud*, II, 159-179.



- Sánchez, M. D., Bimbaum, N. C., Gutierrez, J. B., Bofill, C. G., Mora-Figueroa, P. B., y Oliver, E. B. (2016). ¿Cómo percibimos los profesionales el acompañamiento espiritual en los equipos de Cuidados Paliativos en España?. *Medicina Paliativa*, 23(2), 63-71.
- Sánchez, P. R. (2012). La atención al paciente crónico complejo. *Galicia Clínica*, 73(1), 5-6.
- Sánchez-Bayle, M., y Palomo, L. (2018). Recortes en los presupuestos sanitarios y listas de espera. *Gaceta Sanitaria*, 32, 198-199.
- Saz-Carranza, Á. (2010). La gestión de redes inter-organizativas desde el sector público: el caso de los servicios sociales de Barcelona. *Territorios*, 15.
- Simó, J., y Gérvas, J. (2012). Gasto sanitario en Atención Primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 36-40.
- Suárez, A. (2019). *Retos para el futuro de la sanidad pública en Canarias*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.
- Tabarquino, R. A. (2016). El análisis organizacional y de política pública a partir del enfoque de Redes. *Tendencias*, 17(2), 79-92.
- Torres, M., Fabrellas, N., Solà, M., Rubio, A., Camañes, N., y Berlanga, S. (2015). Un modelo de atención integral al paciente crónico complejo. *ROL. Revista Española de Enfermería*, 38(3), 42-46.
- Trapero, M., y Oliva, J. (2016). Profesionales de la economía de la salud: quiénes somos y dónde trabajamos. *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*, 6.
- Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30, 25-30.
- Vallejo, M. L., y Alcaraz, J. P. (2019). El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. *Enfermería Clínica*, 29(2), 107-118.



- Vargas, D. M., Portillo Cabrera, A., y León, L. J. (2013). *Cuando el mejor médico es el mejor gerente de una organización de salud: Implicaciones bioéticas*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad Iberoamericana de Ciencias y Tecnología, Santiago de Chile, Chile.
- Vázquez, M. L., Vargas, I., Nuño, R., y Toro, N. (2012). Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 94-101.
- Vergara, M., Bisama, L., y Moncada, P. (2012). Competencias esenciales para la gestión en red. *Revista médica de Chile*, 140(12), 1593-1605.
- Villalbí, J. R., Carreras, F., Martín, J. M., y Hernández, I. (2010). La cartera de Servicios de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud: la aportación de la Administración General del Estado. *Revista española de salud pública*, 84(3), 247-254.
- Villalbí, J. R., y Tresserras, R. (2011). Evaluación de políticas y planes de salud. *Gaceta Sanitaria*, 25, 17-24.
- Waibel, S., Martínez, D. M. H., y Vázquez, M. L. (2010). *La continuidad entre niveles asistenciales en dos organizaciones sanitarias integradas de Cataluña desde la perspectiva de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. (Tesis doctoral). Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.
- WHO | World Health Organization. (2008). Integrated health services: what and why?. Geneva, World HealthOrganization, Technical Brief, 1.
- WHO | World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>



Co-funded by
the European Union



1	Project-ID:	2019-1-DE01-KA203-005025
2	Country:	Spain
3	Institution:	Universidad Católica San Antonio de Murcia
4	Interview code:	Entrevista 1

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



5 **ENTREVISTA 1**

6 1. ¿Conoce y tiene claro el concepto de red de atención sanitaria?

7 Si, lo tengo claro.

8 2. ¿Cree que en nuestro entorno sanitario se aplica el modelo de RASs (redes de
9 atención a la salud)? ¿a qué nivel?

10 Sí. Hay una red integral de salud que mantiene niveles de atención
11 especializada- primaria integrados, con políticas de prevención, de curación,
12 con diferentes áreas...salud mental y demás, a un nivel bastante alto.

13 3. ¿Qué tareas y actividades principales deben cumplir los administradores de
14 redes de salud en ESPAÑA?

15 Sobre todo, el desarrollo de los objetivos de dichas organizaciones, que deben
16 de buscar la mejora en la atención a los pacientes. Intentar es complicado, pues
17 influir en la mejora de la salud de los ciudadanos.

18 4. ¿Qué organizaciones serían adecuadas para emplear a un administrador o
19 gestor regional de redes de salud en _ ESPAÑA _? (p. ej., municipio, unidades
20 primarias de salud, profesionales autónomos, etc.)

21 Probablemente las funciones, las tareas y las problemáticas son similares,
22 aunque, la estructura sea mayor, cuanto mayor es, pues a lo mejor los
23 problemas son similares, aunque la repercusión es más grande. Entonces yo
24 creo que en cualquiera de ellas tiene sentido que exista esa figura.
25 Probablemente lo que ocurre, que tiene que haber un escalado, es decir, que,
26 de organizaciones más sencillas, a más complejas.

27 5. ¿Desde qué organización de las que pueden integrar una red de salud sería
28 adecuado incluir a un administrador?

29 ----- (la respuesta sería la misma que la anterior)

30 6. ¿Qué importancia tienen los administradores/gestores de redes de salud para
31 la atención de salud regional en _ ESPAÑA?



32 Entiendo que el papel de los administradores en las redes de salud sanitarias
33 es básico, porque son las que canalizan todas las actuaciones para conseguir
34 los objetivos de la propia organización. Entiendo que cualquier organización,
35 en este caso, también de redes de salud, requiere una estructura directiva que
36 requiere un administrador o un gestor en esta área.

37 7. ¿Con qué dimensiones de la salud cree que se relaciona el trabajo de los
38 administradores de redes regionales de salud en _ ESPAÑA _? [Si el
39 encuestado tiene dificultades para responder la pregunta, enumere las
40 dimensiones: física, social, mental, espiritual, emocional o sexual]

41 No, yo he sido administrador de la región de salud y el tema sexual...,
42 emocional sí, porque trabajas con personas, sin van por ahí los tiros..., pero
43 sexual, no.

44 8. ¿Con qué organizaciones y partes interesadas deberían trabajar / cooperar los
45 gerentes de redes de salud regionales en _ ESPAÑA _?

46 Con actores que participan en asociaciones de pacientes, los pacientes dentro
47 de las asociaciones, con la industria, con los proveedores, con lógicamente con
48 las estructuras formativas, universidades, instituciones, ayuntamientos.

49 8.1. ¿Y dentro de la red?

50 Con cualquier estamento dentro de la red, hospitales, centros de primaria,
51 centro de salud mental, lógicamente con cualquiera de las unidades que
52 forman parte de esa red.

53 9. ¿Qué competencias y cualificaciones necesitan los gerentes regionales de
54 salud en _ ESPAÑA para poder realizar las tareas / actividades centrales
55 mencionadas anteriormente?

56 La capacidad de toma de decisiones, la capacidad de trabajar en equipo, la
57 capacidad de liderar una organización, la capacidad de enfocar, en fin, bien los
58 problemas, la capacidad de ir al problema, a focalizar bien esa situación, a la
59 capacidad de trabajar los objetivos, estos son competencias.



60 Y cualificaciones, actualmente en nuestro sistema, conviven, titulaciones,
61 ahora no se como se llaman, antes eran de grado medio, grado superior,
62 titulaciones universitarias...

63 10. ¿Qué determinantes de la salud son importantes en términos del trabajo como
64 administrador de la red regional de salud en _ ESPAÑA _? [En el sentido del
65 modelo determinante según Dahlgren y Whitehead, 1991 - Si el entrevistado
66 tiene dificultades para responder la pregunta, muestre el modelo en forma
67 impresa.]

68 Un gestor de salud no tiene ninguna capacidad de influir en la calidad de las
69 viviendas, ni en el saneamiento, ni en el desempleo. No tiene ninguna
70 influencia, actualmente, de todo esto quizá, puede tener algo de influencia en
71 la educación, porque puede de alguna manera potenciar o fomentar educación
72 a los pacientes, colas de pacientes, esto si que puede hacerlo, pero desde
73 luego el resto de cosas.... De aquí entiendo que servicios de salud, y
74 educación. Hombre ambiente del trabajo, pero de los trabajadores de las redes
75 de salud, no del resto de los ciudadanos.

76 11. ¿Qué temas deberían priorizar/analizar los gerentes regionales de salud en _
77 ESPAÑA _? [Si el encuestado tiene dificultades para responder la pregunta, dé
78 ejemplos: tipo de grupos, objetivos, entornos, comportamientos ...]

79 Donde debería de focalizarse uno es, los gestores de salud, me parece que
80 están muy enfocadas en la producción. Entendiendo que producción, hacer
81 diagnósticos, y hacer terapéutica, ayudar a que tu organización, bueno lo que
82 hemos dicho antes: hay una labor preventiva, a ser posible que la enfermedad
83 no llegue al paciente, cuando llega al paciente, pues un diagnóstico, precoz o
84 rápido, cuando he hecho eso pues una actuación rápida, hay un trabajo
85 orientado a prevención, reducción, diagnóstico precoz o rápido, para una
86 actuación rápida. En principio, creo yo que es lo que mejor puede hacer ante
87 un paciente. Pero quizás, por encima de eso, lo que debería haber es



88 capacidad de ver como influye eso en la salud de los ciudadanos. Ósea, no
89 está claro, creo que no está claro, los indicadores que midan la relación entre
90 las cosas que hacemos en las redes de salud, y la salud de los ciudadanos.

91 12. Según su experiencia, ¿cuáles de los siguientes aspectos son ventajas del
92 trabajo en redes? ¿es posible?:

- 93 • Objetivos comunes
- 94 • Información interdependiente y cooperativa
- 95 • Mejores resultados de salud
- 96 • Consenso y negociación de soluciones
- 97 • Calidad de servicios
- 98 • Calidad de vida
- 99 • Control de costes y mejora de la eficiencia
- 100 • Generar valor para la población (desde el punto de vista de la
101 confianza en los sistemas sanitarios)

102 Los dos primeros sí, el tercero, es deseable, ósea, cuando me dices que
103 es posible creo que carecemos de indicadores y de manera de unir lo que
104 hacemos en las redes de salud con lo que mejore los niveles de salud de los
105 ciudadanos.

106 El consenso es importante, la calidad de los servicios es muy importante,
107 la calidad de vida creo que se escapa un poco a las responsabilidades del
108 ámbito de las redes. El control de costes y mejora de la eficiencia debería de
109 ser digamos obligatorio, generar valor para la población desde el punto de vista
110 de la confianza en los sistemas sanitarios es importante. Por ejemplo, que
111 venga el caso del tema este que estamos viviendo del coronavirus, uno puede
112 decir bueno sí, desconocemos o por medio de... desconozco como es esto del
113 coronavirus, lo que, sí es que se es que nuestro sistema sanitario, es un sistema
114 de salud que puede hacer frente a eso, es decir, yo creo que sí, todo el mundo



115 le da confianza..., ¿eso es importante? Pues bueno, en momentos como este
116 sí. De lo que has dicho todo es muy importante.

117 13. ¿Es posible que las redes en salud ofrezcan la oportunidad de monitorizar y
118 evaluar mejor la atención sanitaria? ¿en qué aspectos?

119 Yo creo que sí, en el aspecto por ejemplo de la indicación, como que existe
120 mucha variabilidad toda vía de como se abordan situaciones parecidas, según
121 la red de salud que te toque, digamos. Por lo tanto, sí que hay una posibilidad
122 de mejorar esa monitorización.

123 14. ¿Considera que las redes favorecen o facilitan la difusión de los conocimientos
124 de los expertos a la población?

125 Sí, lo estamos viendo. Siempre que hay, al final, la población recibe
126 informaciones positivas, temas de trasplantes, por ejemplo, o cuando, (aunque
127 este un poco de las redes de salud), a veces cuando parece el doctor Cabadas
128 y dice pues que ha sido capaz de hacer cosas en fin un poco increíbles, son
129 mensajes positivos a la población.

130 15. ¿Le parece que la integración de los servicios en el modelo de redes mejora la
131 flexibilidad del sistema y permite mayor participación de actores no estatales y
132 de usuarios?

133 Sí, porque permiten algunas cosas de las que has dicho aquí, compartir
134 objetivos, tener una capacidad de consensuar soluciones, sí.

135 16. ¿Cree que pueden jugar algún papel en abordar cuestiones geográfico-
136 poblacionales como la dispersión, baja densidad poblacional, o alta densidad y
137 complejidad en demandas/necesidades?

138 Sí, lo que pasa es que a veces la población no lo acepta. Se me ocurre un caso
139 de los últimos meses, de un hospital en Galicia, que decide o entiende que el
140 número de partos que atiende de manera anual no alcanza el volumen mínimo
141 necesario para tener una cierta seguridad en ese tipo de procesos, y se decide
142 cerrar ese paritorio y que las mujeres que tienen que dar a luz, viajen a otro

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



143 hospital, en principio, no por una cuestión de recorte de costes, en principio eh,
144 no digo que..., sino oiga es que aquí hacemos un número de partos que
145 estamos rozando el mínimo que aconseja la sociedad científica de obstetricia,
146 pensamos que es más seguro para los pacientes, aunque sea mas incómodo,
147 canalizar y centralizar en otro sitio. Tres meses después, la sociedad no ha
148 aceptado eso y el gerente de la red de salud está en su casa, despedido, y la
149 autoridad sanitaria pues ha tenido que desdecirse, entonces a veces la
150 sociedad no acepta eso y entonces es complicado como hemos llegado a esto,
151 porque una de las claves es quien tiene credibilidad respecto hacia los
152 ciudadanos. Ósea cuando tú quieres tomar una decisión en el ámbito de este
153 que tu me estas preguntando, cuando sale un señor como yo, con corbata, y
154 chaqueta o la palabra director, la sociedad se pone un poco...” ¡que va a decir
155 este!”, “¡tiene que decir esto!”. Sin embargo, si sale un doctor, un médico o una
156 enfermera, en fin, aunque a lo mejor su prestigio no sea el más grande del
157 mundo, y aunque a lo mejor su intención no sea la más honorable, la sociedad
158 lo acepta mejor.

159 17. La implementación de redes de salud puede suponer una dificultad en la
160 rendición de cuentas debido a la participación de diferentes actores.

161 No, no debería de serlo. Al final lo que pasaría es que tendrías que tener tus
162 sistemas de información de contabilidad para diferenciar las diferentes
163 unidades y demás, pero en principio, no debería de ser eso problema.

164 18. ¿Usted cree que las redes pueden ralentizar los procesos de negociación y los
165 consensos?

166 Bueno, alguien me decía “si quieres ir rápido ve solo. Y si quieres llegar lejos
167 ve con alguien “.

168 19. ¿Considera usted que existen más problemas de control y coordinación de la
169 interdependencia en el trabajo en redes que bajo otro modelo?

170 No, yo creo que otro modelo es áreas estanco, ósea cuando la especializada y
171 la primaria estaban separadas eran como dos estancos, que se comunicaban



172 por arriba del todo. Cuando tu integras tienes ya la posibilidad de integrar
173 diferentes líneas de comunicación entre ambas.

174 20. En la gestión sanitaria en redes, ¿considera usted que existe cierta
175 inespecificidad en los criterios de integración como concepto de área unificada?
176 Bueno, que a veces lo que se ha pensado es que estados dos cosas que están
177 separadas (coge dos móviles), para que trabajen juntas, pues voy a decir que
178 tiene el mismo jefe. Y eso no es suficiente, de acuerdo. Pero que está por hacer
179 de alguna manera, fomentar, la comunicación, seguro que sí, pero ese es el
180 camino.

181 21. En su opinión, el modelo de gestión de área unificada, ¿da respuesta a las
182 necesidades de integración de los servicios sanitarios?

183 Muy buena pregunta, yo creo que es una cuestión o condición necesaria, no
184 suficiente, es decir, es un marco necesario porque sino es muy complicado,
185 pero no es suficiente con eso, vale, es decir, lo que te decía antes existía la
186 estructura de primaria, con un director de primaria, y la estructura de
187 especializada, con un director de especializada, por ejemplo. Y arriba tenías un
188 jefe común que era pues el gerente del Servicio Murciano de Salud. Y claro, la
189 comunicación era pues eso, de gerente de uno a gerente de otro, o equipo
190 directivo de uno a equipo directivo de otro. Entonces se decide, oiga no pues
191 un único equipo directivo, compartan objetivos, compartan procesos, porque al
192 final el paciente, circula entre los diferentes niveles, la división en estos niveles
193 es más administrativa que real. Entonces eso es necesario, pero luego hay que
194 trabajar ese modelo internamente para que llegue a las escalas de atención. Si
195 al final, después el paciente cuando lo ve el médico de familia, no tiene la
196 oportunidad de interactuar con los especialistas y hacer procesos, que de
197 alguna manera sean transversales entre los niveles, pues bueno no habremos
198 hecho nada.

199 22. ¿Considera que existe una Política de coordinación horizontal dentro de cada
200 nivel asistencial? ¿qué opina sobre ello?



201 Yo creo que estamos mejor que estábamos, pero es necesario, al final, que ese
202 nivel de coordinación o ese nivel de comunicación o ese nivel de integración,
203 que a nivel directivo es fácil porque al final, ese trabajo es voluntario, porque al
204 final tiene que calar en todos los servicios clínicos, en la parte asistencial.

205 23. ¿Existe la gestión por procesos dentro de la red de atención a la salud?

206 Sí existen, existen ejemplos suficientes como para ver que es el modelo
207 adecuado de seguir avanzando en esa línea.

208 24. ¿Cree que existe suficiente coordinación vertical entre los dos niveles
209 asistenciales?

210 Yo diría que estamos en el camino, sí.

211 25. ¿Se confunde el uso centralizado de recursos de alta tecnificación con la
212 gestión verticalizada?

213 Sí, la realidad es que uno percibe que, digamos, el ámbito dónde se resuelven
214 los problemas es en la especializada.

215 26. ¿Existe coordinación con otros sectores? ¿con qué sectores? En caso
216 negativo, (o si señala muy pocos), ¿cuáles habría que incorporar?

217 Negativo, no sería una de las fortalezas del sistema o de las redes.

218 Bueno, antes te he contado todo el tema del sector educativo, ósea, digamos
219 que la formación que reciben los médicos y las enfermeras, ¿es el adecuado
220 que requieren las redes?, pues hombre a veces, uno piensa que no
221 exactamente así. Aunque es verdad, que, en la etapa formativa, tanto unos
222 como otros, en fin, trabajan o hacen las prácticas, en las redes. Pero creo que
223 hay en otros sectores, en sectores tecnológicos...hay ejemplos, pero no hay
224 una estructura bien cerrada. Quien lo hace destaca. Sería un poco, aquel
225 hospital que tiene un acuerdo con una empresa tecnológica, con un fabricante,
226 con una universidad puntera y desarrolla, digamos que destaca. Pero es un
227 ejemplo frente a un colectivo que no desarrolla esas áreas, entonces yo creo
228 que habría que estar más cercano al tema formar al sector universitario, sector
229 tecnológico.



230 27. ¿Cree que existe una adecuada coordinación de los Servicios sociales y
231 sanitarios?

232 Es que no se si es un problema de coordinación... yo creo que no es un
233 problema de coordinación, yo creo que es un problema de disponibilidad de
234 recursos de lo social para liberar, digamos el sector, en este caso hospitalario,
235 básicamente. Pero creo que no es tanto problema de coordinación porque creo
236 que la hay, sino de capacidad del receptor de ese tipo de pacientes.

237 27.1. ¿Cómo se lleva a cabo esta coordinación?

238 A través de las figuras de los trabajadores sociales, básicamente, vamos de
239 lo que yo conozco, de los hospitales, seguro, ¿no?, hay trabajadores
240 sociales que se encargan de esta función. Lo que pasa es que se
241 encuentran muchas veces con la dificultad de encontrar un sitio para ese
242 paciente, que, probablemente esta ocupando un recurso hospitalario,
243 cuando podía estar en otro dispositivo.

244 28. ¿Qué opina sobre el sistema de salud actual a nivel regional en _ESPAÑA_?
245 [Provisión de ofertas de salud, superación de barreras de acceso, ofertas para
246 grupos objetivo que son difíciles de alcanzar, transparencia de las estructuras
247 en el sistema de salud, etc.]

248 Bueno, yo creo que hay un nivel de atención razonable, hay un nivel de
249 prestación, razonable. El sistema lo que demuestra es que, a mayor recurso,
250 mayor demanda, yo creo que en general la valoración es positiva.

251 28.1. Califique también en una escala del 1 al 10 (10 = excelente, 0 = muy
252 malo).

253 Un 7, 7,5.

254 29. ¿Existen diferentes catálogos de servicios sanitarios en su servicio regional de
255 salud? ¿y con respecto a otras regiones?

256 Hay alguna diferencia, pero a ver, a veces se hace hincapié en ellas, pero yo
257 creo que no son significativas. Las diferencias quizás sean más de resolución,
258 más que de diferencias de cartera. A ver, a veces surgen cosas a nivel de los



259 medios y demás, pero yo creo que ese no es el problema. El problema es la
260 diferencia que tienen unas regiones sobre otras en recursos, en el
261 aprovechamiento de esos recursos, y los resultados de esos recursos, más que
262 uno tenga, yo que se... el 3º ciclo de la reproducción asistida, y el otro pues
263 finalice solamente hasta el 2º. Creo que las diferencias de servicios son
264 menores, lo que existe es una diferencia de eficacia o eficiencia o de capacidad
265 de resolución por parte de unas comunidades sobre otras.

266 30. ¿Qué opina sobre la aplicación del copago a más servicios sanitarios, además
267 de farmacia ambulatoria?

268 Buena pregunta, yo a ver, yo creo que cuando tu tienes un problema y no te
269 funciona y tienes la posibilidad de buscar una solución, aunque no estás seguro
270 que esa solución o esa alternativa, solucione el problema, pero la puedes
271 probar, yo la probaría. Entonces el tema del copago, en fin, está claro lo que
272 significa el copago, pero tampoco estamos... la situación actual tampoco se
273 puede mantener. Yo sería partidario de..., no digo ensayar, pero probar bajo
274 algunos criterios, en algunas especialidades, en algunas áreas, oye las
275 urgencias, las consultas, a quién está citado y no va a una cita, a una consulta...
276 no sé. Ósea buscar algunas situaciones en las que se pudiera ensayar o probar
277 el hecho de que, al poner un pago, permitiera eliminar, si la hay, esa demanda
278 vamos a llamarle ficticia o poco compromiso por parte del ciudadano.

279 31. ¿Qué opina del copago en general?

280 Yo creo que de por si pagamos impuestos, entiendo que pueda haber
281 actividades económicas o sociales en las que pagando todos... pues el que
282 haga más uso pague un poco más. Sobre todo, si uno reconoce que sino busca
283 alternativas a lo mejor nos quedamos sin sistema para todo.

284 32. En su opinión, su servicio de Salud ¿ofrece una atención sanitaria universal?
285 ¿cómo se implementa?

286 Sí, yo creo que es accesible para cualquier...en este caso, ciudadano de la
287 región.



288 33. ¿Qué opina sobre la financiación local de los servicios sanitarios, como ocurre
289 en Alemania?

290 Bueno, a mí me parece que en un modelo en el que pueda haber una
291 descentralización y responsabilidades, puede ocurrir que uno sea más sensible
292 con unas cosas y uno con otras, y me parece bien.

293 34. ¿Qué opina de los recursos para la atención sanitaria a nivel regional en _
294 ESPAÑA _? [recursos materiales, fondos del proyecto adquiridos,
295 conocimiento e información, recursos sociales]

296 Me parece que son limitados, lo que pasa es que, si miras para atrás, hay más
297 recursos que había y parece que el nivel de respuesta y satisfacción no varía
298 en el tiempo. Lo que te decía antes, que cuantos más recursos hay, más
299 demanda hay.

300 35. ¿Considera que el modelo de financiación actual permite o es suficiente para
301 la financiación de los servicios sanitarios?

302 -----

303 36. ¿Considera que el modelo de gestión de área unificada favorece la gestión de
304 las redes de salud?

305 Sí.

306 37. ¿Considera que este modelo de gestión recoge los conceptos de integración
307 horizontal y vertical contemplados en las redes?

308 Sí.

309 38. ¿Se lleva a cabo una verdadera gestión sanitaria en el área de salud?

310 Yo creo que o hemos dicho antes, en la medida que se implementan o
311 implanten gestión de procesos, las características que antes hemos
312 identificado, que estaríamos en un nivel de implementación pues sí. Hay mucho
313 por hacer también.

314 38.1. ¿De qué factores depende?



315 Muy buena pregunta. Probablemente de lo que antes decía, de plantear
316 objetivos comunes, de plantear objetivos que vayan en esa línea, y de capacitar
317 a las personas para que lo puedan hacer.

318 39. ¿En su opinión existen conocimientos específicos que un gestor debe tener
319 para implementar este modelo de gestión? ¿Cuáles? (gestión, liderazgo,
320 investigación; tecnologías sanitarias, comunicación...)

321 Sí, yo creo que un gestor tiene que tener una serie de conocimientos inherentes
322 o una serie de herramientas necesarias para convivir en la gestión de as
323 organizaciones complejas como son estas.

324 40. ¿Qué requisitos son necesarios para completar una capacitación como gerente
325 regional de la red de salud?

326 Ahora mismo ninguna. Yo creo que uno tiene que tener unos conocimientos
327 que permiten convivir o estar en mejores condiciones para la toma de
328 decisiones, ósea, debes de conocer pues elementos de organización, de
329 legislación, pero también de gestión de recursos, ciertos criterios de tipo
330 económico, tecnológico, en fin, debes de saber, de poder moverte en
331 organizaciones complejas de conocimiento y por tanto, tener conocimiento que
332 te permita..., si tu no tienes un conocimiento es difícil que puedas ponerlo
333 encima de la mesa para tomar decisiones. Y luego tienes que tener ciertas
334 competencias, que decíamos antes, oye puedo estar muy preparado, pero si
335 estoy todo el día analizando las cosas y no tomo ninguna decisión... pues mal
336 asunto.

337 41. ¿Existen oportunidades educativas para los administradores-gerentes de redes
338 de salud (o equivalentes) en _ ESPAÑA _?

339 Bueno yo creo que hay formación post, a través de máster en dotar a los
340 alumnos en este tipo de conocimientos. ¿Todos los necesarios? Pues
341 probablemente, no, pero muchos de ellos sí.



342 42. Los conocimientos sobre las Redes de Atención Sanitaria: ¿Forman parte de
343 su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su
344 práctica?

345 He tenido un máster de gestión y provisión de servicios sanitarios que me ha
346 permitido, aparte de mi formación básica, y luego de la práctica. Ambas cosas.

347 42.1. ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?

348 Yo creo que se forman en ámbitos..., vamos a llamarle equivalentes, sí.

349 42.2. ¿qué debería incluir?

350 Debe ayudar a esas personas que tengan esa formación, que normalmente
351 tienen una visión del sistema, digamos, de una ubicación diferente a la de
352 gestor o si hubiera una enfermera o un médico, a formarse en este tipo de
353 contenidos, tiene una visión del sistema o de la red probablemente diferente
354 a la que debe de tener como gestor. Entonces, hay que ayudarle a que
355 pueda ver la organización desde la visión del gestor, que normalmente pues
356 es diferente. Cualquier profesional que pasa por una tarea directiva cuando
357 vuelve a su puesto de trabajo no es el mismo, por decirlo de alguna manera,
358 ha cambiado lo que veías antes en tu hospital, que lo veías de una manera,
359 tu centro de salud, o tu área, que lo veías de una manera, cuando te pones
360 en un perfil directivo lo ves de otra manera. Entonces, hay que dotarle de
361 esos conocimientos: organización, herramientas de gestión clínica,
362 herramientas del sistema de información, herramientas de calidad,
363 herramientas de gestión económica, herramientas de gestión de
364 aprovisionamiento, herramientas de gestión de tecnologías, herramientas
365 de innovación, todo eso debe ser contenido y entiendo que debe de tener
366 ese tipo de alumno o de estudiante o de profesional.

367 ❖ PREGUNTAS PARA GESTORES NO SANITARIOS SOLAMENTE

368 43. La formación en atención a la salud ¿Forma parte de su formación como gestor
369 o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si hoy se incluye
370 en la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?



- 371 Yo no soy asistencial, con lo cual no tengo una formación en atención sanitaria.
- 372 44. La formación en tecnologías y sistemas de la información ¿Forma parte de su
- 373 formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?
- 374 ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería
- 375 incluir?
- 376 Sí. Y en lo que yo conozco sí que se incluye.
- 377 45. La formación de economía de la salud ¿Forma parte de su formación como
- 378 gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si hoy se
- 379 incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?
- 380 También la incluye.
- 381 46. La formación humanista y social ¿Forma parte de su formación como gestor o
- 382 ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si hoy se incluye en
- 383 la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?
- 384 Menos.
- 385 47. La formación en gestión y políticas sanitarias ¿Forma parte de su formación
- 386 como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si
- 387 hoy se incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?
- 388 Sí.
- 389 48. ¿Considera que las nuevas tecnologías favorecen la aplicación de las redes de
- 390 salud? Sí.
- 391 48.1. ¿Qué opina sobre las experiencias de consulta no presencial o
- 392 seguimiento a través de las soluciones tecnológicas?
- 393 Una solución magnífica.
- 394 49. ¿Qué limitaciones cree que presenta el utilizar OMI y Selene respecto a la
- 395 atención del paciente?
- 396 Pues eso, que el paciente es el mismo, y tienes dos programas. Esa es la
- 397 problemática.
- 398 50. ¿Qué opciones de mejora considera que podrían proponerse al respecto?
- 399 Que hubiera un único sistema de información integrado para toda la red.



- 400 51. Para el desempeño de su trabajo ¿cuenta con un sistema de indicadores
401 integrado (cuadro de mando)?
402 Sí.
- 403 52. ¿Cuáles son los desafíos y problemas clave para los administradores de redes
404 de salud regionales al desarrollar una región de salud en _ ESPAÑA _?
405 Pues probablemente convivir entre los recursos disponibles que tienes y las
406 necesidades o la demanda de los actores del sistema o de la red.
- 407 53. ¿Le parece que las redes son una solución a algunos de los retos del SNS
408 (sistema nacional de salud)? Podría ponerme algún ejemplo y ahondar en los
409 retos.
410 Sí, yo creo lo que he dicho antes, que es una condición necesaria para poder
411 abordar problemáticas, sí.
- 412 54. ¿Existen vías de comunicación entre el servicio regional de salud y las
413 asociaciones no gubernamentales en el modelo de redes?
414 Yo entiendo que hay una participación de alguna manera de las asociaciones
415 de pacientes, sí. Es frecuente.
- 416 55. ¿Cuál cree usted que es el papel de dichas asociaciones?
417 Pues esas asociaciones deberían de canalizar de alguna manera las
418 inquietudes, demandas, exigencias, reclamaciones, quejas, vamos a llamarlo
419 así, de los colectivos a los que representa, porque al final quien más sabe de
420 la diabetes, probablemente, sean los pacientes que sufren diabetes, por decir
421 alguna cosa muy sencilla. En fin, desde un plano, vamos a llamarle constructivo
422 y positivo, no de un plano reivindicativo, y canalizarlo hacia la estructura de la
423 red.
- 424 56. ¿Existe una coordinación operativa en el Servicio regional de salud, según el
425 modelo de redes de salud? ¿Qué aspectos considera mejorables?
426 Esa no te la puedo responder, yo creo que sí, que existe una coordinación
427 operativa, pero no estoy ahora metido dentro de esa red. No puedo darte
428 detalles, pero entiendo que sí.



429 57. Actualmente, en su servicio de salud ¿qué estrategia se está aplicando:
430 recortes, desinversión o reasignación, como mecanismo de control del gasto
431 sanitario?

432 Yo creo que la tercera (reasignación).

433 58. En su servicio Regional de Salud, la capacidad de resolución de Atención
434 Primaria ¿está optimizada al máximo?

435 Hombre, optimizado al máximo...yo creo que hay toda vía recorrido de
436 integración efectiva entre primaria y especializada, a nivel de procesos que de
437 alguna manera permita a primaria ser más resolutive.

438 59. En su opinión, el nivel de Atención Primaria, ¿dispone de los recursos
439 suficientes para resolver la mayoría de las necesidades de salud de la
440 población?

441 Aparentemente no, por el nivel de demanda y el nivel de atención te diría que
442 no.

443 60. ¿Dispone de información fiable y válida sobre el coste de los procesos que se
444 aplican en la red de salud?

445 Bueno en el ámbito hospitalario sí.

446 61. ¿Cuáles son los factores o variables que influyen en que aumenten los costes?

447 Pues evidentemente el impacto de nuevos tratamientos, el impacto de las
448 demandas, el impacto de la esperanza de vida, yo diría que en algunos casos
449 pues la no capacidad de gestionar bien la entrada y salida de nuevas técnicas.

450 A veces entran nuevas técnicas que no eliminan anteriores y conviven técnicas.

451 62. ¿Dispone o se implementan procesos de medición de los resultados y medición
452 de la eficiencia?

453 Sí, sobre todo de resultados en actividades de producción sí.

454 63. En su opinión, la gestión clínica, ¿puede ser una herramienta para la mejora de
455 la eficiencia microeconómica?

456 Sí.



457 64. ¿Se aplica la integración horizontal y vertical para alcanzar economía de
458 escala?

459 Menos de lo que se podría. Mucho menos, podría haber estructuras en una
460 comunidad como la nuestra que dieran atención a diferentes... otras estructuras
461 y no se hace, se mantiene esas estructuras, digamos repartidas, laboratorios,
462 por ejemplo.

463 65. ¿Qué opina sobre los temas de promoción y prevención de la salud a nivel
464 regional en _ESPAÑA_? [Provisión de ofertas de salud, superación de barreras
465 de acceso, ofertas para grupos objetivo que son difíciles de alcanzar, etc.]

466 Yo percibo que hay una potenciación, que sea suficiente, no. Pero percibo que
467 hay una preocupación actual de la estructura sanitaria actual.

468 65.1. Califique también en una escala del 1 al 10 (10 = excelente, 0 = muy
469 malo).

470 Yo diría que, si tengo que medir el nivel pues diría un 4. si me dijeras la
471 progresión pues a lo mejor sería un número más alto. Pero si tengo que
472 valorar estaría por debajo del 5.

473 66. ¿Considera que nuestro modelo sanitario se basa en un enfoque familista?

474 Sí, desde luego que hay un cambio en el sentido total.

475 67. En caso afirmativo, ¿qué repercusión tiene el enfoque familista de atención a
476 la salud sobre la sostenibilidad del modelo sanitario español?

477 No soy capaz de reunir una cosa con la otra. Probablemente esto evidencia
478 una mayor necesidad de que haya dispositivos que sustituyan esos cuidados
479 que aportaba antes la familia de manera directa por terceros.

480 68. ¿Existe algún programa de apoyo al cuidador informal y/o a la familia?

481 Sí, existe.

482 69. ¿Existen redes de apoyo específicas para las familias de pacientes con
483 enfermedades graves o crónicas? Y en su opinión, ¿son suficientes para las
484 demandas actuales?

485 Sí, y no son suficientes.



486 70. ¿Sería un área estratégica la implementación de más herramientas que
487 permitan adelantarse a la complicación de un proceso crónico?

488 Sería muy importante, claro. En la medida que tu puedas retrasar, si puedes
489 resolver, resolver, y si no retrasar, evidentemente, claro, sería fundamental.

490 71. En su opinión, ¿existe realmente un equilibrio entre las necesidades de la
491 población y estructura/procesos que ofrece el sistema sanitario?

492 No lo sé, entre la demanda no. Aquí una de las claves es saber si parte de la
493 demanda es real o no es real.

494 72. ¿Está el sistema hospitalario más adaptado a los procesos agudos que a los
495 crónicos?

496 Sí.

497 73. ¿Se adapta bien el sistema hospitalario al enfoque que no es curativo?

498 No.

499 74. ¿En qué nivel debe de estar ubicado el paciente crónico complejo, en APS o
500 en AE?

501 Yo sinceramente creo que en especializada.

502 75. ¿Considera que la gestión sanitaria está profesionalizada en nuestro modelo
503 sanitario?

504 Yo diría que en gran medida sí.

505 76. Desde su perspectiva, ¿qué repercusión tiene la no profesionalización de la
506 gestión sanitaria en el desempeño de la gestión de una Red de atención a la
507 salud?

508 Entendiendo profesionalización, el hecho de que el que quiera ocupar esos
509 puestos tenga una formación mínima necesaria y según el tipo de organización
510 una experiencia previa, es decir que, puede haber diferentes niveles de
511 complejidad en organizaciones o redes de salud, pues evidentemente el que tu
512 pongas al frente de una organización a alguien que no está suficientemente
513 preparado, o no tenga una suficiente experiencia, evidentemente puede
514 suponer, el problema es que, a veces, las consecuencias no son inmediatas,

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



515 un empobrecimiento de la gestión y, por tanto, del funcionamiento de esa red
516 de salud.

517 77. ¿Cree usted que se podrían evitar muertes en el hospital de pacientes
518 terminales que desean morir en su casa?

519 Hombre dicho así sí, claro.

520 78. ¿Qué se podría hacer para evitar esta situación?

521 Dar respuesta a ese deseo.

522 79. ¿Tienen las redes de salud un dispositivo de gestión eficaz del duelo?

523 No.

524 80. ¿Existe una integración de todos los recursos de cuidados paliativos en su
525 servicio regional de salud?

526 Yo creo que sí, pero volvemos a lo de antes, no es un problema a lo mejor de
527 coordinación sino de volumen de esos recursos.

528 80.1. ¿Cómo se estructura?

529 Bueno yo creo que hay una coordinación, por ejemplo, con los servicios de
530 oncología de los hospitales, a través de la asociación del cáncer, lo que
531 pasa es que me da la impresión que no llega a todos los ciudadanos de la
532 región de la misma manera.

533 81. ¿Existe algún dispositivo asistencial que permita la entrada a atención
534 especializada del paciente terminal sin pasar por la puerta de urgencias?

535 Yo creo que ahora mismo, aparte del voluntarismo de los profesionales, no.

536 82. ¿Hay desigualdades en el tránsito del paciente, una vez se accede al sistema
537 sanitario?

538 Sí.

539 83. Teniendo en cuenta que el 85% de los problemas de salud se atienden en APS.

540 ¿Por qué no se está llevando a cabo la gestión desde APS de los ciclos
541 completos de atención a la salud?

542 Probablemente porque la estructura hospitalaria tiene mucho peso de
543 conocimiento, tiene mucho peso de coste o gasto tecnológico, medicamento, y



544 lógicamente, eso hace que la balanza de decline hacia la especializada. Y no
545 permita que el médico de primaria se convierta en un gestor de caso y el
546 paciente vaya y vuelva. Y probablemente porque digo al final los profesionales
547 se forman en el propio sistema, por lo tanto, es difícil que se formen en algo
548 distinto de lo que conviven. Al final, los médicos de familia se forman en este
549 modelo.

550 84. ¿Considera que la gestión de casos puede ser una herramienta que facilite la
551 coordinación entre los niveles asistenciales?

552 Si, claro.

553 84.1. ¿Existe en su CCAA gestión de casos?

554 Sí existe, pero lo que decíamos antes, para mí, intento ver el vaso medio lleno,
555 existen suficientes experiencias como para pensar que ese es un buen camino
556 de desarrollo.

557 85. En caso afirmativo, ¿está implementada por áreas o en todo el servicio regional
558 de salud?

559 No, yo creo que por áreas en el servicio regional de salud.

560



561	Project-ID:	2019-1-DE01-KA203-005025
562	Country:	Spain
563	Institution:	Universidad Católica San Antonio de Murcia
564	Interview code:	Entrevista 2 REDES

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



565

ENTREVISTA 2 REDES

566 86. ¿Cree que en nuestro entorno sanitario se aplica el modelo de RASs (redes de
567 atención a la salud)?

568 Creo que sí, creo que por lo menos hay una intención de hacer. Desde la ley
569 general de sanidad se ha vivido una continua evolución. Es un proceso muy
570 largo, se partía de una situación muy particular, había mucha dispersión, pero
571 nuestro sistema sanitario tiende a eso, desde el principio. Ha habido alti-bajos,
572 dependiendo mucho de los flujos políticos, del entorno sociales, más o menos
573 complejo, crisis económicas, etc. Pero en general, la tendencia es a integrar
574 distintas redes, distintos servicios, especialmente los sanitarios, los
575 sociosanitarios van con retraso, pero tan bien se intenta ir en esa línea, creo
576 yo.

577 86.1. ¿A qué nivel?

578 La red básicamente está en el aspecto sanitario, lo que son hospital,
579 atención primaria, y redes sociales, apoyos sociales en el caso de
580 Murcia, los distintos institutos...el IMAS, aquí. En cada CCAA los
581 institutos que dan atención a personas con discapacidad o personas en
582 situación que requieran apoyo en residencias o que requieran algún
583 apoyo por su situación específica. A ese nivel, sí que hay integración,
584 puesto que dependen incluso de la misma consejería. Hay otros
585 aspectos como son los ayuntamientos, los servicios sociales de los



586 ayuntamientos que muchas veces, no están tan bien integrados dentro
587 del sistema. Pero en general, se tiende a que poco a poco haya mayor
588 integración, a veces, con más lentitud de la deseable. Porque hay
589 muchas administraciones, tanto la general, la administración local, y la
590 administración autonómica, eso a veces genera situaciones muy
591 variopintas. En muchos centros de salud, por ejemplo, hay asistentes
592 sociales, y en otros quien el que cubre la situación es el ayuntamiento.
593 Entonces, se dan situaciones variopintas y que no siempre tienen un
594 mismo criterio de control de indicadores. En qué medida se está dando
595 la misma calidad en un servicio que en otro. Pero en línea general, sí.

596 87. ¿Qué tareas y actividades principales deben cumplir los administradores de
597 redes de salud en ESPAÑA?

598 Básicamente la integración, yo creo que lo que tiene que hacer es tener muy
599 claro cuál es el objetivo, la meta del sistema. La meta del sistema no puede ser
600 otra que mejorar indicadores de salud, mejorar indicadores de calidad de vida,
601 tener criterios claros en base a eso, fijar unos objetivos, que ya están fijados,
602 desde la OMS, que están fijados por las estructuras políticas, y a partir de ahí,
603 en base a esos objetivos, trabajar. Y para plantear esos objetivos hay que
604 construir hacia atrás, y lo que tenemos es lo que tenemos, intentar integrar en
605 esas redes, con el fin de hacerlas más eficaces y más eficientes, ósea que se
606 acerquen más al objetivo propuesto y a un coste razonable es lo que tiene que
607 intentar hacer un gestor de redes.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



608 88. ¿Qué organizaciones serían adecuadas para emplear a un administrador o
609 gestor regional de redes de salud en _ ESPAÑA _? (p. ej., municipio, unidades
610 primarias de salud, profesionales autónomos, etc.)

611 Bueno yo creo que la idea general en España es que la estructura sea pública,
612 la base. Y en base a esa estructura pública se establezca desde abajo a arriba
613 en forma más o menos piramidal o más o menos horizontal, todos los
614 indicadores que cada uno de esos sistemas, de esos servicios, de esos
615 componentes, tiene que realizar su trabajo. En España, lo que tenemos es un
616 servicio público con unos gestores a nivel de comunidad autónoma, que tienen
617 esa función. Quizá, adolecemos de que la estructura privada no siempre ha
618 estado correctamente integrada dentro del sistema. Los indicadores que ha
619 generado en salud esa estructura privada, con mucha frecuencia no son
620 conocidos, a nivel general, en qué medida mejoran la salud pública del conjunto
621 o la situación de salud del conjunto de la población. Quizá la única cosa que
622 tenemos es esa desintegración entre comillas de la estructura privada, salvo
623 momentos como los de ahora, que hay una integración aunque sea por una
624 situación especial como la del Covid, que ha roto un poco esa dinámica, pero
625 la dinámica general en España creo que está bien planteado, una estructura
626 pública que controla el conjunto y que tiene algunas partes de lo que es el
627 producto sanitario que no controla tan bien, porque dependen de estructuras
628 privadas que muchas veces dependen de los ayuntamientos, de la



629 administración local. Y eso se queda como un poco periférico y no siempre
630 integrado dentro del conjunto de servicios.

631 89. ¿Desde qué organización de las que pueden integrar una red de salud sería
632 adecuado incluir a un administrador?

633 Yo creo que, desde la estructura sanitaria central más o menos centralizada a
634 nivel de CCAA. Creo que ahora mismo la estructura como este establecida o
635 ideada en España es muy adecuada. Es que no es lo mismo comprar nuestra
636 estructura con la que existe en otros países donde hay otro tipo de
637 funcionamiento y otro tipo de origen, de dispersión, de pequeños núcleos de
638 producción de servicios. Yo entiendo que cada unidad esta generado un
639 proceso de producción y servicio, la servucción: producir un servicio en el
640 momento. Ese proceso en cada sitio es, siempre debe tener algún punto de
641 referencia que homogenice los datos y que vean en qué medida se establece
642 la prioridad de salud, y cómo en qué medida hacia la meta del sistema, a qué
643 indicadores hay que atender, en qué medidas mejoramos, cómo se hacen las
644 evaluaciones, comprobar que la calidad en cada sitio es coherente, en fin, eso
645 tiene que de alguna manera unificar..., el gerente de los servicios sanitarios es
646 el que de alguna manera tiene que coordinar esos servicios. Entonces, creo
647 que a nivel ce CCAA o en pequeñas regiones más o menos estandarizadas,
648 que unan cantidades de población suficiente, entorno al millón, millón y medio
649 de personas, que de alguna manera permitan tan bien que sea rentable el hacer
650 ese tipo de cosas.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



651 90. ¿Qué importancia tienen los administradores/gestores de redes de salud para
652 la atención de salud regional en _ ESPAÑA?

653 Yo creo que son básicos, y son quién ahora mismo sientan los criterios, no
654 solamente partir de qué situación tenemos, sino cómo abordamos los
655 problemas y en qué medida establecemos prioridades y control de calidad de
656 lo que se está haciendo. Ósea, que esos indicadores que son los que realmente
657 tenemos que valorar, en qué medida estamos consiguiendo que las cosas
658 mejoren o no, quién lo tiene centralizado ahora mismo son los gerentes
659 regionales, y en el último extremo en un ámbito ya más político los consejeros,
660 que creo que ahora mismo son la base. Si el sistema funciona desde arriba, la
661 estructura funciona en general.

662 91. ¿Con qué dimensiones de la salud cree que se relaciona el trabajo de los
663 administradores de redes regionales de salud en _ ESPAÑA _? [Si el
664 encuestado tiene dificultades para responder la pregunta, enumere las
665 dimensiones: física, social, mental, espiritual, emocional o sexual]

666 Bueno básicamente la sanitaria, la educación de salud, la integración
667 emocional, pues tan bien en alguna medida. Yo creo que abarca muchos
668 ámbitos, tantos como abarca la propia medicina, lo que el profesional sanitario
669 abarca dentro de sus consultas más los aspectos sociosanitarios que llevan
670 trabajo social o unidades de apoyo administrativo, en ese sentido. Pero vamos
671 básicamente en lo que nos centramos es en la prevención, por un lado, cada
672 vez más y en la atención del día a día, la atención al problema, a la demanda

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



673 asistencial que tenemos. La base es esa y hay muchas cosas que se van
674 coordinando, que se van encaminando, pero digamos que el problema para mí
675 es la uniformidad, dependiendo del sitio donde estés, la ubicación geográfica o
676 incluso el área sanitaria que estés, y tan bien en la comunidad autónoma, los
677 servicios difieren un poco, indudablemente no es lo mismo estar en un sitio
678 próximo a un hospital, que estar en un sitio más lejano, pero bueno,
679 básicamente la idea general va un poco hacia el aspecto de prevención y
680 atención a la enfermedad.

681 92. ¿Con qué organizaciones y partes interesadas deberían trabajar / cooperar los
682 gerentes de redes de salud regionales en _ ESPAÑA _? (sino nombra ninguna,
683 pedir que nombre)

684 Yo creo que el problema es la integración, las ordenanzas a nivel de gobierno
685 a nivel general, de país, las ordenanzas regionales, y las ordenanzas locales,
686 yo creo que el tema, más importante es la integración en las mismas líneas de
687 trabajo. El aprovechamiento de todos los recursos de una manera más
688 uniforme, que no tengamos unas cosas que vienen desde el gobierno central,
689 otras cosas que están aisladas a nivel local. Intentar la integración yo creo que
690 es la base. Con quién más, pues evidentemente lo que tienes que tener es una
691 relación social, socioeconómica, yo creo que hay muchos recursos fuera de lo
692 que es la estructura pública, qué también podría aprovecharse, qué podrían
693 integrarse, tanto en aspectos de investigación, en aspectos de productos
694 sanitarios como decía antes en el caso de la medicina privada, en el caso de

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



695 empresas creo que hay una cosa que no se aborda adecuadamente y podría
696 ser interesante, y es que los aspectos de investigación de uso de recursos, de
697 material, que puede dar lugar la empresa privada, podrían ser a lo mejor,
698 elementos de financiación, de mejora de los recursos, de alguna manera
699 obtener muchas sinergias, entre lo que ahora mismo es lo privado y lo público.

700 93. ¿Qué competencias y cualificaciones necesitan los gerentes regionales de
701 salud en _ ESPAÑA para poder realizar las tareas / actividades centrales
702 mencionadas anteriormente? (gestión, liderazgo, investigación, tecnologías
703 sanitarias, comunicación...)

704 Lo que ahora mismo necesitan, pues básicamente que sean elegidos desde el
705 campo político, tener una preparación, evidentemente, pero en realidad, la
706 designación, son cargos de libre designación donde no hay una oposición clara
707 o una forma de llegar en base a unos méritos claramente establecidos. En este
708 momento la situación está así, por eso hay mucha disparidad de la forma de
709 funcionamiento quizá de unas estructuras en unas comunidades autónomas u
710 otras. En la medida en que los cargos están más preparados creo que también
711 generan dinámicas mucho más beneficiosas y mucho más profundas.

712 Las cualidades (gestión, liderazgo, investigación, tecnologías sanitarias,
713 comunicación) son imprescindibles, el sector de salud tiene que tener una
714 visión general de la situación, tiene que conocer el sistema, tiene que saber
715 vender el producto sanitario, y tiene que entender la calidad con la que da ese
716 servicio, tiene que ser a un coste, y evaluar y valorar. Eso exige personas muy

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



717 preparadas y con cierta experiencia. No es para personas sin formación
718 adecuada, un gestor de hospital, como puede ser una ciudad sanitaria está
719 gestionando un recurso ingente, con 5- 6- 7 mil personas trabajando en ese
720 hospital. Eso es un porta-aviones, ósea eso es una cantidad brutal de recursos,
721 los que se generan, quién maneje eso tiene que saber cómo, tiene que saber
722 qué es, tiene que saber por qué, responder a las preguntas y establecer
723 prioridades. No vale cualquier persona, tiene que tener una formación muy
724 clara y una idea muy clara de hacia dónde llevar ese gran portaviones.

725 94. ¿Qué determinantes sociales de la salud según el modelo de la OMS son
726 importantes en términos del trabajo como administrador de la red regional de
727 salud en _ ESPAÑA _? [En el sentido del modelo determinante según Dahlgren
728 y Whitehead, 1991 - Si el entrevistado tiene dificultades para responder la
729 pregunta, muestre el modelo en forma impresa.]

730 El famoso esquema de los determinantes se queda un poco corto en alguna
731 medida para mí, porque al final, lo que estamos hablando es del aspecto
732 sanitario y como se correlaciona o como se relaciona con el resto. En los
733 aspectos de los servicios de salud lógicamente es la atención a la estructura y
734 al cómo funciona esa estructura. Evidentemente, esa estructura y si valoras la
735 salud de una manera más genérica, pues incluye muchas cosas, y
736 evidentemente condiciona el desempleo, o condiciona el nivel de agua, o la
737 alimentación, pero evidentemente son anexos, que rodean al conjunto pero que
738 no es la atención directa. Creo que ese gerente, esa estructura, esa dirección,

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



739 ese gestor o administrador, como queramos llamarlo, administrador siempre va
740 más referido a lo económico, gestor parece que es un poco más lo global. Lo
741 que tiene que hacer básicamente es controlar su propia estructura y al mismo
742 tiempo tener referencia de lo que está ocurriendo alrededor, en el ámbito
743 político, en el ámbito administrativo, a nivel alto, pues lógicamente, lo que
744 estamos llamando administrador de redes sanitarias, pues también debería de
745 ser responsable de la gestión de redes a otro nivel, a nivel de educación, a nivel
746 de ambiente de trabajo, a nivel de lo que sea, de otros aspectos.
747 Indudablemente todo eso también influye en la salud, pero creo que lo que no
748 podemos pedir a un gestor sanitario es que controle otro tipo de cosas, en el
749 mejor de los casos, lo que más que podrá tener es considerar cual es la
750 situación general para establecer... o considerar la situación general para ver
751 si su capacidad económica, su nivel de manejo económico le permite hacer o
752 no determinadas cosas o implantar determinada tecnología, que al final es lo
753 que cuenta, más allá creo que no debería, aunque tiene que estar en
754 condiciones de entender la situación general.

755 95. ¿Qué temas deberían priorizar/analizar los gerentes regionales de salud en _
756 ESPAÑA _? [Si el encuestado tiene dificultades para responder la pregunta, dé
757 ejemplos: tipo de grupos objetivo, entornos, comportamientos ...]

758

759 96. Según su experiencia, ¿cuáles de los siguientes aspectos son ventajas del
760 trabajo en redes? ¿es posible?:

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



- 761
- Objetivos comunes, por supuesto, creo que hay que tener
- 762
- 763
- 764
- 765
- 766
- 767
- Información interdependiente y cooperativa, me remito un poco a
- 768
- 769
- 770
- 771
- 772
- 773
- 774
- 775
- 776
- 777
- 778
- 779
- 780
- 781
- 782

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



783 tener esa información, esos indicadores me resultan
784 imprescindible.

- 785 • Mejores resultados de salud es para lo que yo estoy, es para lo
786 que yo gestiono, tengo que saber dónde estoy, tengo que tener
787 un punto de partida y dónde llegar y en base de eso pues adoptar
788 medidas de corrección, por supuesto.
- 789 • Consenso y negociación de soluciones: consensuar con los
790 trabajadores, consensuar con las organizaciones es la base
791 porque si yo no logro esa integración, pues la efectividad no va a
792 ser la adecuada, no va a ser todo lo que pudiera ser y
793 posiblemente, la eficiencia mejore mucho en la medida en que
794 tenga consenso, es imprescindible.
- 795 • Calidad de servicios es un indicador básico, tanto para la
796 evaluación propia del servicio como para evitar situaciones de
797 inequidad, situaciones que no diferencien excesivamente a la
798 población en base a su lugar o dónde está, o en la manera que
799 recibe ese servicio. Creo que es imprescindible, la calidad es un
800 aspecto que tiene que ir. Hay indicadores que son del proceso
801 sanitario, hay indicadores que son del producto sanitario y lo que
802 es imprescindible es que dentro de ese proceso sanitario se
803 evalúe la calidad con la que se está realizando la tarea.



- 804
- Calidad de vida: la calidad de vida es un parte más de la calidad,
805 en cierta medida, medir los años por calidad es uno de los
806 indicadores de salud de la población. Es importante, aunque
807 muchas veces, quizá desvirtúa un poco la propia realidad porque
808 al final el cálculo de años por calidad de vida, cuando se hacen
809 sobre grandes poblaciones tiene un sentido, muchas veces de
810 efectividad o de eficiencia, cuando estamos hablando de
811 situaciones concretas, depende del nivel al que lo valores, a veces
812 no se adaptan mucho a la realidad del día a día. Yo creo que es
813 de los datos que hay que ser muy cuidadoso como se aplican,
814 porque a veces son muy susceptibles de manejar, de manejo y no
815 siempre bien intencionado.
 - Control de costes y mejora de la eficiencia: es que si no tenemos
816 control de costes seguramente el sistema no funcionará,
817 conseguiremos que no funcione. Es imprescindible, por supuesto
818 que sí. Y conseguir que las cosas se hagan con un menor coste
819 y con buena calidad, pues es una de las funciones de la gestión y
820 del sector, yo creo que eso es el conjunto de los datos a valorar
821 pues evidentemente, lo que queremos hacer y cuanto nos cuesta,
822 si no conseguimos armonizar pues seguramente no
823 conseguiremos lo adecuado y cumplir con los objetivos.
- 824



825 • Generar valor para la población (desde el punto de vista de la
826 confianza en los sistemas sanitarios): esto está hecho para la
827 población, ósea que cuando estamos dando este servicio es para
828 mejorar esos indicadores, esas búsquedas a las que me refería,
829 y por supuesto, la población tiene que creer en el sistema, tiene
830 que procurar que ese sistema siga funcionando y entender que se
831 está dando un servicio. Contar con la población y el marketing
832 sanitario de lo que se hace es imprescindible. Otra cosa diferente
833 es que el marketing, a veces, se restrinja a lo que los servicios
834 sanitarios te dan y que hay que del tema sólo que los servicios
835 sanitarios consiguen. El gran problema muchas veces con los
836 sistemas como el nuestro es que la población se desvincula de su
837 propia responsabilidad. Creo que eso es un aspecto muy
838 importante que hay que considerar e intentar que todas las partes
839 de la sociedad y todos los componentes asuman parte de su
840 responsabilidad. Pero lo que está claro es que es la población la
841 que va a asumir o la que va a decir si eso merece la pena o no. Si
842 eso es a un coste razonable al final o no, si me merece la pena
843 estar dentro de un sistema o buscar alternativas. Entonces claro
844 que tiene que ser una consideración muy especial.

845 97. ¿Es posible que las redes en salud ofrezcan la oportunidad de monitorizar y
846 evaluar mejor la atención sanitaria? ¿en qué aspectos?

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



847 Las redes de salud lo que van a hacer lógicamente es obtener datos,
848 información, en la medida en que haya más información desde muchos
849 aspectos y esa información sea fiable, lógicamente va a mejorar en cantidad y
850 en calidad. El establecimiento de redes lo que permite en realidad es eso,
851 conseguir si es el producto sanitario global, si ese efecto sobre la salud global
852 es mayor o menor que cuando actúa una sola de las partes. Entonces si esa
853 red se integra, lógicamente, los datos van a ser más fiables, el producto va a
854 ser mejor y la medida, aunque sea más compleja ofrecerá más datos y más
855 información veraz, entonces claro que sí. El establecimiento de una red en ese
856 sentido aporta muchísimo, la dificultad es que esa información que viene desde
857 muchos sitios sea veraz y sea posible integrarla, que todo el mundo esté
858 hablando de las mismas cosas.

859 98. ¿Considera que las redes favorecen o facilitan la difusión de los conocimientos
860 de los expertos a la población?

861 Podría favorecerlo, podría, pero no siempre es así. La difusión de
862 conocimientos en el aspecto sanitario tiene tres fuentes: el pregrado, la
863 universidad, que después de terminar el profesional queda un poco en el limbo,
864 y salvo situaciones muy concretas de personas que se quedan en la
865 universidad, queda un poco en el limbo, queda fuera de lo que es la atención a
866 la formación general. La estructura sanitaria que genera sus propios
867 mecanismos de formación pero que muchas veces adolece de un modelo
868 integrado con las fuentes del saber que para mi es lo que me enseña la

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



869 universidad y esas estructuras que se crean: las unidades docentes, las
870 unidades de formación de especialistas, del MIR, muchas veces están
871 demasiado desligadas de las estructura formativa que debería ser la que
872 pregrado estableciera y luego está la formación que en medicina siempre ha
873 existido mucho que son las estructuras de sociedades científicas que generan
874 sus propios mecanismos de formación, muchas veces alimentados o
875 subvencionados de alguna manera por empresas privadas. El problema de
876 integrar esas tres fuentes es bastante difícil y sí que merecería ahí establecer
877 una red clara de lo que es el proceso formativo, porque irían más en
878 concordancia con los objetivos del modelo sanitario del sistema, con esa red
879 de lo que es el producto sanitario. Muchas veces está bastante desvinculadas,
880 ahí hay muchísimo trabajo que hacer.

881 99. ¿Le parece que la integración de los servicios en el modelo de redes mejora la
882 flexibilidad del sistema y permite mayor participación de actores no estatales y
883 de usuarios?

884 Podría facilitar, por ejemplo, el acceso en la opinión de la población lo que
885 son los consejos de salud, se inició como consejos de salud y que realmente
886 son muy poco funcionantes, permitirían que la población se implicara más,
887 tener un mejor marketing sanitario, una mejor venta, que se entendiera más la
888 labor de los profesionales y al mismo tiempo fuéramos más conscientes de la
889 demanda asistencial, habría muchos aspectos positivos. La estructura de la ley
890 general de sanidad y las modificaciones que han habido, dicen que eso se

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



891 haga, que en cada zona de salud se establezca un consejo de salud, que exista
892 un consejo de salud a nivel general. Pero luego la realidad es compleja y es
893 difícil de armonizar. Hay también un campo muy importante para avanzar: las
894 entidades locales tienen mucho que decir en eso, los ayuntamientos deberían
895 implicarse más en ese ámbito, y luego el gran problema es la dispersión porque
896 estar en cada zona de salud, generar esos consejos de salud de zonas o de
897 áreas exige un esfuerzo muy considerable y, además el mantenimiento de la
898 estructura no es fácil, hay que trabajar mucho tan bien en ese campo, existe,
899 funciona, pero no de una manera general.

900 100. ¿Cree que pueden jugar algún papel en abordar cuestiones geográfico-
901 poblacionales como la dispersión, baja densidad poblacional, o alta densidad y
902 complejidad en demandas/necesidades?

903 Claro, las condiciones básicas de la población son muy importantes, no se
904 puede valorar la situación de un sitio geográficamente disperso a un sitio o
905 grupo poblacional mucho más importante, entre otras cosas, porque hasta los
906 problemas de salud van a variar. Entonces las situaciones van a dar lugar a
907 objetivos posiblemente diferentes en alguna medida, a objetivos de salud, y tan
908 bien van a dar lugar a una situación que dan lugar a unas condiciones y una
909 infraestructura que no exista en un sitio o en otro. El nivel de organización de
910 un sitio a otro variará, las condiciones laborales, va a variar absolutamente
911 todo. Por lo tanto, la forma de organizar y de priorizar en cada sitio son variables
912 muy importantes, son básicas a considerar.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



913 101. ¿La implementación de redes de salud puede suponer una dificultad en
914 la rendición de cuentas debido a la participación de diferentes actores?

915 Pues depende como se organice, la estructura sin redes tiene grandes ventajas
916 en cuanto a lo que es la coordinación o mantenerla, y grandes dificultades a
917 nivel administrativas en cuanto a quién, que depende de qué y cómo se
918 financian y de qué manera. Lo que exige una red es un manejo férreo de una
919 idea, de una estructura muy completa. Si ese manejo es coherente pues las
920 cosas funcionan, si la red empieza a tener dispersión de datos, problemas del
921 manejo de la información, no hay una buena dirección, lógicamente la red es
922 un sueño sino se trabaja muy duramente.

923 102. ¿Usted cree que las redes pueden ralentizar los procesos de
924 negociación y los consensos?

925 Posiblemente sí, depende también mucho del sitio, del ámbito en el que
926 estemos hablando. En nuestra estructura, en la estructura de país, como está
927 ahora mismo organizado, posiblemente el nivel de consenso sea bastante más
928 complejo o algo más lento. De cualquier forma, cada pequeño paso que se da,
929 multiplica por mucho el esfuerzo, ósea quiero decir, que, aunque se pueda
930 ralentizar de alguna medida, cualquier pequeño avance cuando se hace en red,
931 genera tanto beneficio, que creo que compensa, el hecho de estar en red,
932 aunque indudablemente pues tan bien dificulta porque tienes que tocar o hay
933 que armonizar muchos intereses y muchas fuentes diferentes. Pero cualquier



934 paso genera, se multiplican beneficios, en eficiencia y eficacia, de manera muy
935 importante. Las sinergias que se obtienen compensan el esfuerzo.

936 103. ¿Considera usted que existen más problemas de control y coordinación
937 de la interdependencia en el trabajo en redes que bajo otro modelo?

938 Es que el trabajo en redes yo creo que ahora mismo es el modelo
939 imprescindible, y cualquiera en la sociedad, en el mundo que vivimos, estamos
940 en red. Entonces, cualquier otro modelo que no sea la red es una unidad que
941 está separada de la realidad, una unidad, un concepto, una empresa o lo que
942 sea que está fuera del conjunto. La red creo que es imprescindible y no puede
943 ser de otra manera en el ámbito de salud con más motivos. Cualquier ámbito
944 sociosanitario es imprescindible que se trabaje en red, y el no considerarlo así,
945 un modelo que sea más piramidal seguramente lo único que tendrá al lado será
946 otra pirámide, pero cada uno si está aislado lo único que se conseguirá es una
947 disminución de la eficiencia simplemente, va a ser un modelo mucho más caro,
948 y la efectividad va a ser mucho más difícil de medir y seguramente peor.
949 Aunque todo eso estaría por demostrar.

950 104. En la gestión sanitaria en redes, ¿considera usted que existe cierta
951 inespecificidad en los criterios de participación que favorezcan la exclusión de
952 actores sociales importantes?

953 Las redes se van construyendo y destruyendo es un continuo, siempre hay
954 actores sociales que pueden verse menospreciados o un poco abandonados o
955 no sé cuál es el término mejor, fuera un poco del juego. El conjunto es siempre

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



956 creo que trabajar en positivo. La integración continuada de todos y cada uno
957 de los integrantes del sistema, pues a veces será difícil, habrá gente que se
958 descuelgue, habrá situaciones y organizaciones que en un momento
959 determinado bajen, de alguna manera, esa integración en la red y otras que
960 seguramente se subirán. Hay un cierto movimiento browniano (como la célula),
961 hay situaciones de suma y de resta y el gestor, el administrador sanitario tiene
962 procurar la integración máxima posible. Siempre amparado en el ámbito
963 político, que al final es el que de alguna manera siente esa prioridad o puede
964 sentir las prioridades en algún momento. Entonces yo creo que es necesario
965 siempre estar muy en el día a día para que no haya desintegración de la red y
966 haya que hacer cada vez más amalgama, más suma.

967 105. Integración como concepto de área unificada. En su opinión, el modelo
968 de gestión de área unificada (AP/AE), ¿da respuesta a las necesidades de
969 integración de los servicios sanitarios?

970 Creo que sí, todo tiene sus problemas, sus pros y sus contras. Pero
971 indudablemente la integración permite una existencia mucho más coherente,
972 un continuo mucho más razonable. El uso de recursos de una manera mucho
973 más racional, hay cosas tan sencillas como por ejemplo evitar duplicidades de
974 pruebas complementarias que se aminoran de manera importantísima, el uso
975 de la historia clínica de manera conjunta, del acceso a los datos y a esa
976 información, tanto por parte del nivel asistencial de primaria como a nivel
977 secundario, que es imprescindible para mejorar la calidad de la atención, para

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



978 disminuir y evitar sesgos y errores en el tratamiento y seguimiento. Creo que la
979 integración de los niveles aporta mucho y bueno.

980 106. ¿Considera que existe una Política de coordinación horizontal dentro de
981 cada nivel asistencial? ¿qué opina sobre ello?

982 Existe una cierta política de nivel horizontal, quizá aquí es donde falla un poco
983 la historia, la consideración de que primaria es algo muy distinto a lo que es el
984 nivel asistencial de especializada. La coordinación de primaria a ese nivel
985 horizontal, quizá este un poco en nuestro caso, minusvalorada, mientras que al
986 nivel de especializada tiene un nivel no sé si tan horizontal, quizá no demasiado
987 horizontal tampoco, pero desde luego si mucho más coordinado. Basta
988 considerar los puestos de nivel de dirección, el hospital, el área sanitaria, el
989 80% de los puestos directivos son de trabajo hospitalario y menos del 20% son
990 de trabajo de primaria. Eso puede dar un poco la diferencia de peso. La
991 coordinación horizontal existe por lo tanto en primaria, pero quizá sería
992 necesario mejorarla mucho más, aquí en nuestro nivel.

993 107. ¿Existe la gestión por procesos dentro de la red de atención a la salud?

994 Sí, y cada vez más, con dificultades de integración de algunos niveles, hay tan
995 bien muchísimo trabajo que hacer. No todo lo bien que podría funcionar, quizá
996 está muy sectorizado por unidades, por servicios, por especialidades
997 concretas, y quizá falta más integración y es una cosa que hay que mejorar
998 mucho. Toda vía no existe de una manera más generalizada, entre otras cosas
999 porque el tratamiento por procesos también tiene muchas dificultades al final

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1000 de adición de esfuerzos por parte de las distintas especialidades y ciertos
1001 integrantes de la prestación de salud. Sí existe, aunque desde luego es
1002 mejorable.

1003 108. ¿Cree que existe suficiente coordinación vertical entre los dos niveles
1004 asistenciales?

1005 Existe, digamos que funciona aceptablemente y si lo tuviera que clasificar diría
1006 que toda vía es insuficiente.

1007 109. En su opinión, ¿el uso centralizado de recursos de alta tecnificación
1008 puede confundirse con una gestión verticalizada?

1009 Puede confundirse, pero realmente los servicios de alta tecnología tienen que
1010 estar..., no pueden ser generalizados, ósea tienen que ser de alguna manera
1011 estar más o menos centralizados para que realmente sean rentables y sean
1012 útiles para la población y a la salud. En cierta medida se establece una
1013 verticalidad en cuanto a la forma de acceso, lógicamente. La confusión ahí creo
1014 que es más terminológica que real, porque al estar hablando de cómo se
1015 accede, que evidentemente tiene que ser vertical, y otra cosa es quién accede,
1016 que no siempre tiene porque ser vertical. Entonces si el acceso es homogéneo
1017 para el conjunto del sistema pues tal verticalidad no existe, entonces el término
1018 se presta a confusión. No me parece un término adecuado.

1019 110. ¿Existe coordinación con otros sectores? ¿con qué sectores?

1020 Con los sectores de investigación existen entidades, unidades que de alguna
1021 manera tan bien, dependiendo del conjunto del sistema con los que de alguna

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1022 manera se establece comunicación. Hay otros servicios añadidos tipo uno hace
1023 una donación de sangre, que son sanitarios tan bien dentro del sistema, pero
1024 que de alguna manera utilizamos sus servicios en alguna medida y realmente
1025 no hay buena coordinación con ellos. Ósea hay una coordinación muy a nivel
1026 vertical y a nivel de la cima. Que nos acepten como tal a los servicios sanitarios
1027 cada uno por separado tanto en el hospital como fuera, no hay necesariamente
1028 buena coordinación porque tan poco a lo mejor es muy necesario. Son
1029 unidades que se ayudan, pero en momentos muy concretos, no es necesario
1030 que la haya en el trabajo del día a día. En cuanto a otros estamentos o
1031 unidades, realmente no hay mucho más, a nivel de primaria prácticamente
1032 nada. Y en el nivel de especializada, creo que la coordinación puede ser en
1033 algún momento como decía antes con la universidad, con algunas unidades
1034 muy específicas a nivel de investigación y poco más.

1035 111. ¿Cree que existe una adecuada coordinación de los Servicios sociales y
1036 sanitarios? ¿cómo se lleva a cabo esta coordinación?

1037 Adecuada sí, insuficiente tan bien, posible tan bien, existente tan bien,
1038 mejorable mucho. Pero vamos sí tenemos acceso a los servicios
1039 sociosanitarios en cualquiera de los ámbitos, no solamente en el aspecto
1040 sanitario, sino tan bien en el aspecto conductual como es la atención a la mujer
1041 o a la violencia de género. Existe coordinación realmente muy cercana, lo que
1042 pasa es que es un ámbito en el que siempre hay campo de mejora. Pero sí,
1043 está existiendo y creo a nivel general bastante bien.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1044 Esta coordinación se lleva a cabo de varias formas, por un lado, existiendo
1045 protocolos de derivación y de apoyo, con reuniones y aproximaciones de
1046 distintos profesionales de la salud con el resto de profesionales sociosanitarios
1047 y pues a veces manteniendo vías de acceso fáciles y ágiles: por teléfono, en
1048 internet..., que de alguna manera agilizan mucho ante una situación que pueda
1049 presentarse de necesidad, en el ámbito que sea.

1050 112. ¿Qué opina sobre el sistema de salud actual a nivel regional en
1051 _ESPAÑA_? [Provisión de ofertas de salud, superación de barreras de acceso,
1052 ofertas para grupos objetivo que son difíciles de alcanzar, transparencia de las
1053 estructuras en el sistema de salud, etc.] Califique también en una escala del 1
1054 al 10 (10 = excelente, 0 = muy malo).

1055 Creo que tenemos un buen modelo y un buen sistema, con el gran problema
1056 que es la inequidad que supone la localización geográfica en muchos casos y
1057 quizá tan bien en alguna medida cuando en el ámbito político interfiere de
1058 manera importante. El modelo sobre el papel creo que es difícilmente mejorable
1059 sobre el papel, la aplicación siempre tiene puntos débiles, se ha avanzado
1060 mucho en los últimos años, queda mucho trabajo tan bien por hacer, pero creo
1061 que en general nuestro modelo funciona porque se basa precisamente en las
1062 redes, se basa precisamente en la integración de los modelos asistenciales y
1063 en la coordinación con los niveles sociosanitarios.

1064 Sobre el papel de 8-9, sobre la realidad pues un 6,5, porque el gran problema
1065 que tenemos es la inequidad y la distorsión tan grande que produce la

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1066 sectorización por parte de las comunidades. El no funcionamiento del consejo
1067 general de salud a nivel de estructura de estado. Creo que eso genera
1068 inequidades importantes, diferencias muy importantes en cuanto lo que es la
1069 financiación y eso tan bien se manifiesta muchas veces, lógicamente, en
1070 capacidad de manejo y en posibilidades de establecer soluciones.

1071 113. ¿Existen diferentes catálogos de servicios sanitarios en su servicio
1072 regional de salud? ¿y con respecto a otras regiones?

1073 Que yo sepa no existe un catálogo como tal definido, evidentemente ese
1074 catálogo depende mucho de hospital. No es lo mismo hablar de un hospital
1075 terciario que de un hospital comarcal, cada uno va a tener distintas capacidades
1076 de solución y distinto catálogo. Creo que, por lo menos yo desconozco, que
1077 ahora mismo exista un catálogo general. Y si es en primaria, hace unos años
1078 existían la cartera de servicios que intentaba hacer ese catálogo, pero alguna
1079 medida eso se ha diluido. No existe hasta donde yo sé, un catálogo claro que
1080 defina claramente que cosas están dentro del sistema, salvo en casos muy
1081 concretos. Atención dental, cirugía plástica, pero en general ahora mismo el
1082 sistema nuestro es con un catálogo casi infinito, en el sentido que asume
1083 prácticamente cualquier situación de salud que se pueda presentar y eso es
1084 difícil de listar, de hacer una lista concreta de cosas que sí y cosas que no. Y
1085 por supuesto, que sí que da la tecnología básicamente es el acceso al abordaje
1086 de problemas concretos de salud que evidentemente no es lo mismo en unos
1087 sitios que en otros. Esa es un poco para mí la diferencia.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1088 114. ¿Qué opina sobre la aplicación del copago a más servicios sanitarios,
1089 además de farmacia ambulatoria?

1090 Creo que al final será imprescindible, creo que es una situación que
1091 políticamente no tiene buena venta, no es bien asumida por nuestra población
1092 porque no existe cultura de copago, la población de nuestra sociedad está
1093 acostumbrada a la sanidad gratuita, salvo elección personal del paciente.
1094 Entonces, creo que tiene muy mala venta política, pero al final será necesario.
1095 Por dos motivos: uno porque posiblemente mejore un poco la financiación del
1096 sistema, pero para mí el motivo básico y más importante es por la conciencia
1097 social que genera, o que generaría, en la medida que toda la sociedad, todos
1098 los pacientes, todas las personas sean cocientes del coste del servicio, creo
1099 que de alguna manera también mejoraría la conciencia social y el buen uso de
1100 los recursos sanitarios. Creo que tendría la doble vertiente. Y al final,
1101 seguramente será imprescindible.

1102 115. ¿Qué opina del copago en general?

1103 A mí es una cosa que me parece correcta, necesaria, y adecuada. El mejor
1104 trabajo en copago que se ha hecho ha sido trabajar sobre la demanda sanitaria
1105 en cuento a que era el uso de fármacos, y el que cada uno pague, de acuerdo
1106 a su situación, ha generado un uso mucho más racional de la medicación,
1107 evitando un mal uso general. Igual que se ha producido beneficio en cuento a
1108 la medicación y al copago, creo que, al nivel del uso, sobre todo en



1109 determinados servicios como urgencias, como primaria, creo que generaría una
1110 mejor conciencia y uso de los recursos por parte de la población.

1111 116. En su opinión, su servicio de Salud ¿ofrece una atención sanitaria
1112 universal? ¿cómo se implementa?

1113 El servicio de salud en España, sí. La atención es a toda la población, a veces,
1114 casi que, a todo el universo, porque tenemos a los nacionales y a gente que
1115 nos viene tan bien desde fuera. La atención que se da es gratuita, y creo que
1116 es muy adecuada a las necesidades. Y los casos raros que no se da esa
1117 atención universal pues son aquellos que ganan más de 100.000 euros al año,
1118 situaciones muy concretas, o gente que directamente no opta por la atención
1119 sanitaria y de alguna manera elige otras alternativas, pero la atención es
1120 universal, en principio, se le da relativamente a todo el mundo y todo el mundo
1121 está incluido. En alguna medida, salvo en el caso de las rentas más altas, esos
1122 si tendrían copago. Todo el mundo es cociente de que la atención sanitaria es
1123 buena, bonita y barata.

1124 117. ¿Qué opina sobre la financiación local de los servicios sanitarios, como
1125 ocurre en Alemania?

1126 Es que es otro modelo distinto, ellos funcionan en cuanto a las mutuas y la
1127 integración de sus redes es distinta. Depende del punto de partida, si partimos
1128 del modelo que tenemos aquí, la financiación local sería un cambio muy
1129 grande, organizativamente, en todos los sentidos. Porque sería darle a los
1130 ayuntamientos y las corporaciones un ámbito de influencia que ahora mismo

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1131 no tiene. En el modelo alemán, es una estructura que tiene diferente, basado
1132 en mutuas y ahí su punto de partida es distinto y ellos yo creo que tienen más
1133 problemas de integración de esas estructuras, porque son mucho más
1134 variadas, son muchas más, no tengo experiencia, pero creo que nuestro
1135 sistema correctamente dirigido, pues lo único que debería hacer es integrar
1136 dentro del ámbito de influencia de cada ámbito de cada zona de salud a los
1137 ayuntamientos, tanto como financiar ahora mismo por parte de los
1138 ayuntamientos creo que sería una dispersión de recursos, creo que está bien
1139 así, en general como lo tenemos organizado, aunque siempre el integrar las
1140 estructuras locales generaría sinergias seguro.

1141 118. ¿Qué opina de los recursos para la atención sanitaria a nivel regional en
1142 _ ESPAÑA _? [recursos materiales, fondos del proyecto adquiridos,
1143 conocimiento e información, recursos sociales]

1144 Los recursos siempre son insuficientes, en principio, siempre serían necesarios
1145 muchos más, creo que son suficientes. Aunque en situaciones de crisis como
1146 las que tenemos ahora mismo pues cualquier situación como esta es
1147 insuficiente. Creo que tenemos una muy buena atención y muy buenos
1148 recursos para la atención urgente del paciente crítico, y no tenemos tan buenos
1149 recursos para la atención al paciente crónico. Creo que ahí es donde adolece
1150 un poco, donde nos falta. Los recursos son suficientes para obtener unos
1151 buenos indicadores comparados con otros países, insuficientes en la atención
1152 al paciente crónico que es el que realmente genera quizá, más dificultad de

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1153 atención a lo largo del tiempo, en esa continuidad. Creo que tenemos una muy
1154 buena organización a nivel del paciente crítico.

1155 119. ¿Considera que el modelo de financiación actual permite o es suficiente
1156 para la financiación de los servicios sanitarios?

1157 Si consideramos a nivel de país pues hay muchas inequidades, hay diferencias
1158 muy importantes en financiación. Bajo el punto de vista de la equidad es
1159 insuficiente, quizá por una mala distribución, por una no consideración del
1160 tamaño poblacional y las condiciones de cada comunidad autónoma o cada
1161 región. Creo que lo que peca más que de insuficiente, posiblemente es de no
1162 considerar a todos igual. Quizá un poco establecer diferencias que claramente
1163 luego no siempre se correlacionan con la realidad. En ese sentido hay una
1164 inequidad del modelo.

1165 120. ¿Considera que el modelo de gestión de área unificada favorece la
1166 gestión de las redes de salud?

1167 Sí, la integración en forma de área sanitaria unificada creo que sí beneficia.

1168 121. ¿Considera que este modelo de gestión recoge los conceptos de
1169 integración horizontal y vertical contemplados en las redes?

1170 Sí, aunque tan bien con el problema que tan bien he comentado antes, con la
1171 necesidad de que la dirección y desde la estructura se ponderen de manera
1172 similar los distintos niveles asistenciales, que cada uno de alguna manera tiene
1173 un peso específico y una organización acorde con la importancia que tiene.

1174 Quizá el problema es que no se evalúa o se valora con la misma potencia, con

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1175 el mismo peso a lo hospitalario como lo extra hospitalario. El modelo que ahora
1176 mismo tenemos en el hospital es demasiado “hospitalo-centrista”, muy basado
1177 en la tecnología del hospital, eso es lo que hace posiblemente que tengamos
1178 una buena atención al paciente crítico y una falta o déficit en el paciente crónico.
1179 Esa diferenciación, trabajar en la ponderación de cada uno de esos ámbitos
1180 sanitarios creo que es la parte que lo interesante y lo que es necesario en el
1181 futuro.

1182 122. ¿Se lleva a cabo una verdadera gestión sanitaria en el área de salud?
1183 ¿de qué factores depende?

1184 Sí, integrada y depende básicamente de las estructuras que en cada momento
1185 dirigen el área. Si la estructura, el personal, los directivos, la dirección tiene
1186 unos objetivos concretos que sabe definir y proyectar en cada una de las
1187 unidades de producto sanitario pues la cosa funciona. Existe, funciona, en
1188 nuestro ámbito en Murcia, creo que funciona más que aceptablemente bien. El
1189 apoyo de la informática ha resultado muy importante y ha ayudado mucho, y
1190 los controles que ahora mismo tenemos hacia los profesionales son de todo
1191 ámbito, desde la actividad, la calidad, formas, tiempos, los indicadores tan bien,
1192 bien especificados y cada año son mejores. La informática ha aportado un
1193 rango de mejora exponencial que no tiene nada que ver con el que existía hace
1194 unos años.

1195 123. ¿Es necesario tener una titulación sanitaria para completar la
1196 capacitación regional como gerente de salud?

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1197 Capacitación sanitaria específicamente no. De hecho, hay gestores ahora
1198 mismo que no son sanitarios: economistas, abogados, sanitarios como tal, no
1199 necesariamente.

1200 124. ¿Existen oportunidades educativas para los administradores-gerentes
1201 de redes de salud (o equivalentes) en _ ESPAÑA _?

1202 Si es de una manera formal, organizada por parte del ministerio, a nivel nacional
1203 o por comunidades autónomas de una manera formal, hasta donde yo sé ahora
1204 mismo no. De manera informal con unidades, instituciones que permiten la
1205 formación en gestión sanitaria de una manera más o menos externa y a la que
1206 se puede recurrir en un momento determinado sí. Hay instituciones de
1207 educación muy importantes que tienen sus másters, sus cursos y 1000 historias
1208 más, para conseguir grados de formación en administración sanitaria. De
1209 manera formal, desde que desapareció la escuela de formación para gestores,
1210 que existía hace 25 años, que desapareció, que dependía del ministerio de
1211 sanidad, ya no se ha vuelto a generar. El hecho de que hay comunidades
1212 autónomas, quizá dispersó esa formación y la escuela, que en su momento
1213 existía ya no ha vuelto a existir de manera formal.

1214 125. Los conocimientos sobre las Redes de Atención Sanitaria: ¿Forman
1215 parte de su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde
1216 su práctica? ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?

1217 Sí me he formado en redes, sí existe ahora mismo la conciencia o consciencia
1218 de que es imprescindible ahora mismo trabajar en redes, se procura desde las

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1219 gerencias y desde las consejerías la formación del personal directivo, en ese
1220 sentido, pero no de una manera muy reglada, sino que digamos que son ofertas
1221 o situaciones de momento que nos siempre luego se mantiene en el tiempo. A
1222 nivel de dirección de unidades pequeñas, centros de salud, jefaturas de
1223 servicios, unidades de servicios en los hospitales también me consta que se
1224 trabaja en ese sentido, pero tan bien de una manera no excesivamente
1225 formalizada.

1226 125.1. ¿Qué debería incluir?

1227 La base yo creo que es la integración de los objetivos de la meta del
1228 sistema y de la información para saber el punto de partida. Cuáles son
1229 los objetivos que nos planteemos y dónde estamos. Y procurar que toda
1230 esa información y todo ese esfuerzo sea de manera coordinada con
1231 cada uno que pueda sumar en el proceso. Tener una idea del conjunto,
1232 como eso es integrable, esa es la función que tiene el gestor de redes,
1233 para eso está. Pero lo que tiene que tener muy claro es cuáles son sus
1234 metas, las metas del sistema y cuáles son los pasos para llegar a ellas.
1235 Yo creo que esa es la base y por supuesto, la información. Sino hay una
1236 información clara, veraz, y pertinente no se puede.

1237 ❖ PREGUNTAS PARA GESTORES NO SANITARIOS SOLAMENTE

1238 126. La **formación en atención a la salud** ¿Forma parte de su formación
1239 como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si
1240 hoy se incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1241 127. **La formación en tecnologías y sistemas de la información** ¿Forma
1242 parte de su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde
1243 su práctica? ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?
1244 ¿qué debería incluir?

1245 Desde mi práctica sí, me he formado más casi por el devenir que de una
1246 manera formal. También en alguna medida formal, pero sobre todo por la
1247 práctica del día a día. Ahora mismo se trabaja sobre eso, hasta donde yo sé sí,
1248 cualquier gestor tiene que tener una idea de redes, de tecnología de la
1249 información, tiene que saber un poco como se organiza eso. Es verdad que el
1250 ámbito político a veces interfiere mucho en la profesionalidad y en la dirección
1251 eficaz. No todos los gestores a veces tienen la formación suficiente y necesaria,
1252 y no siempre su capacidad de dirección se basa en méritos, por lo menos en
1253 méritos profesionales. Ese quizá sea el gran problema, pero ahora mismo creo
1254 que cualquier gestor que se precie tiene que saber, tiene que conocer, se forma
1255 y tendrá que seguir muy intensamente trabajando si quiere seguir obteniendo
1256 algún resultado mejorable en el día a día.

1257 128. **La formación de economía de la salud** ¿Forma parte de su formación
1258 como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si
1259 hoy se incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?

1260 Dentro de los cursos que te decía, informales por esas instituciones de apoyo
1261 que hay a nivel nacional, sí que hay infinidad de información y cursos al
1262 respecto. De una manera directa, lo que el gestor tiene que entender es el uso

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1263 racional de los recursos, no tanto lo que es la aritmética pura de esos recursos,
1264 para eso están los asesores, las direcciones de gestión y el personal de apoyo.
1265 Lo que está claro que el cuadro de mando básico, si depende del gestor, ese
1266 es su ámbito de trabajo y en ese sentido sí que tiene que tener formación
1267 económica. Pero sobre todo lo que tiene que tener es buena asesoramiento
1268 por parte de la dirección de gestión y de apoyo que le llevaría informando en
1269 cada momento de la situación. El manejo general, ya digo, la formación existe
1270 cuando el profesional es adecuadamente y tiene méritos profesionales
1271 suficientes, y el aspecto es que cosas realmente tiene que controlar. No
1272 podemos pedirle a un gestor que sea supermán o superwoman, puede
1273 controlar lo que puede controlar, tiene que saber de todo y tiene que armonizar
1274 ese todo y lo que tiene que rodearse es de una serie de personal que realmente
1275 le aporte y le informe. Que ese cuadro ese mando, esos indicadores eran
1276 realmente certeros.

1277 129. **La formación humanista y social** ¿Forma parte de su formación como
1278 gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si hoy se
1279 incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?

1280 Es imprescindible, pero eso forma parte de la formación casi desde párvulos o
1281 desde la formación general. No existe más allá de un criterio que es pensar en
1282 el aspecto humano, en situaciones generales de pacientes de salud mental, de
1283 paliativos, de la familia, o que den lugar de estrés. Dentro del pregrado existe
1284 la formación sobre este tema, en el postgrado existen cursos, existe formación,

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1285 aunque no de una manera muy reglada y yo creo que en gran medida todo en
1286 ese aspecto forma parte del proceso educativo de cualquier persona. Y que es
1287 imprescindible que desde la infancia se trabaje sobre eso y en la medida de
1288 eso aparecerán los directores con ese sentido, con esa empatía sobre los
1289 problemas sociales y los problemas que se vayan presentando en el aspecto
1290 humano.

1291 130. **La formación en gestión y políticas sanitarias** ¿Forma parte de su
1292 formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?
1293 ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería
1294 incluir?

1295 Al no existir una formación formal, de una manera reglada y general para todos,
1296 dentro de los másteres, claro que existe dentro de la formación personal y del
1297 día a día, pues casi si es alguien interesado por los aspectos de gestión, sabe,
1298 pero quizá nunca lo suficiente o no lo suficiente quizá en el ámbito en el que se
1299 mueven los gestores.

1300 131. ¿Considera que las nuevas tecnologías favorecen la aplicación de las
1301 redes de salud? ¿qué opina sobre las experiencias de consulta no presencial o
1302 seguimiento a través de las soluciones tecnológicas?

1303 Me parece una maravilla, creo que es efectivo, creo que es muy eficiente, creo
1304 que ahorra esfuerzos al paciente de una manera muy importante y creo que
1305 tiene una sinergia a todos los niveles. Tiene beneficios por cualquier lado,
1306 tiempo, desplazamiento del paciente, gastos derivados de ese desplazamiento,

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1307 gastos derivados de la pérdida de trabajo, de horas de trabajo, simplicidad,
1308 conocimiento de la situación del paciente por parte del especialista, lo cual le
1309 pones en situación antes de llegar y de tener que asistirlo, si es que lo tienes
1310 que asistir y sobre todo simplifica las listas de espera de una manera
1311 espectacular.

1312 Las tecnologías sanitarias son lo mejor que nos podía haber pasado, creo, en
1313 todos los sentidos. Aportan tanto, lo hacen tan en tiempo real que realmente
1314 los beneficios son a todos los niveles.

1315 132. ¿Qué limitaciones cree que presenta no utilizar una historia clínica
1316 informatizada única para los dos niveles asistenciales?

1317 La dificultad es lógicamente que no hay acceso a la información de la otra parte,
1318 tener que perder el tiempo buscando la otra historia, si es que hay acceso, para
1319 saber lo que realmente ha pasado. Valorar las cosas de una manera fehaciente
1320 pues te exige tu tiempo. Ósea, básicamente lo que exige en el caso que ahora
1321 mismo tenemos en nuestra región, podemos acceder a la historia del hospital,
1322 o el hospital puede acceder a nuestra historia (centro de salud) o a gran parte
1323 de la historia, pero exige tiempo. Entonces, básicamente lo que lleva es a
1324 retrasos y el problema de los retrasos es que si hay un exceso de trabajo o no
1325 hay una disposición adecuada pues el problema es que mucha veces ese
1326 esfuerzo se evita por parte del profesional, con lo cual pues perdemos tiempo,
1327 eficacia y realmente el aprovechamiento de un esfuerzo que ya está hecho y



1328 de unos datos que ya están, que no tenemos por qué repetir, con lo cual pues
1329 somos inefectivos e ineficientes.

1330 133. Para el desempeño de su trabajo ¿cuenta con un sistema de indicadores
1331 integrado?

1332 Sí, y cada vez mejor. Ahora mismo la dirección conoce cada una de las
1333 actividades que yo realizo a lo largo del día, todo. La calidad con la que lo
1334 realizo y la situación de mis pacientes. ¿Es mejorable?, Sí, hay muchos
1335 aspectos a mejorar, obtener todos esos datos exige un esfuerzo muy
1336 importante de complementación, que supone tiempo y esfuerzo, pero sí
1337 tenemos muy bien sistema y creo que mejorará mucho más en los próximos
1338 años.

1339 134. ¿Cuáles son los desafíos y problemas clave para los administradores de
1340 redes de salud regionales al desarrollar una región de salud en _ ESPAÑA _?

1341 Los desafíos pues básicamente el aspecto económico, en qué medida la
1342 tecnología es el factor importante, yo creo que es que el desafío importante,
1343 por un lado, por el aspecto profesional, de cara a la resolución del problema,
1344 en el aspecto socio-cultural y que el trabajo no sea bien entendido, el que no
1345 esté vendida la actividad adecuadamente, que la población no lo entienda... y
1346 sobre todo quizá lo más, es cuando el ámbito político no respalda el aspecto
1347 profesional, cuando los intereses se interponen en lo que son los indicadores
1348 de salud. Quizá para mi tan bien el desafío mayor es ese, que a veces el tomar
1349 una decisión como gestor no concuerda con el deseo del político. Quizá para

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1350 mí es el desafío y lo que más impide que a veces las cosas funcionen de una
1351 manera racional. Creo que es el mayor desafío que ahora mismo se enfrenta
1352 un gestor sanitario de nuestro sistema y luego hay infinidad de temas menores,
1353 que tan bien son desafíos del día a día, conseguir mayor eficacia, mayor
1354 efectividad, el sistema, el modelo de trabajo, toda la gente que antes trabajaban
1355 en esos portaviones, que son los hospitales, las administraciones sanitarias
1356 entiendan lo que hacen, por qué lo hacen, para que lo hacen, cuál es el objetivo,
1357 cuáles son las metas del sistema, que esa idea difunda a cada uno de los
1358 integrantes del sistema, contar con los trabajadores del sistema, para que
1359 remen en el mismo sentido es el otro gran desafío, el otro gran problema. En
1360 ese sentido tenemos el tema básico de la funcionalización del personal, la
1361 necesidad de que se establezcan mecanismos de respaldo al buen hacer y no
1362 digo de sanción porque no es eso, pero sí de alguna manera el no respaldo
1363 más que el aspecto de sanción, al que no cumple con la responsabilidad de
1364 hacerlo bien. Creo que al personal hay que explicarle lo que es correcto dentro
1365 de su actividad, en qué medida tiene que hacer, cuáles son los indicadores que
1366 tienen que hacer y explicarle como cualquier otra empresa de servicios o
1367 cualquier empresa del tipo que sea, el trabajador está para hacer una función
1368 y esa función tiene que estar debidamente explicitada, estimulada, premiada o
1369 no premiada cuando no se hace los modelos que se tienen que hacer. Entonces
1370 creo que es el otro gran problema y la gran dificultad que tiene la gestión sobre
1371 ese tema.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1372 135. ¿Le parece que las redes son una solución a algunos de los retos del
1373 SNS (Sistema Nacional de Salud)? (pedir concretar ejemplo; y si puede
1374 ahondar en retos)

1375 No sé si son la solución, pero desde luego son una muy buena vía de encontrar
1376 esa solución. Puede ayudar mucho y creo que es imprescindible funcionar en
1377 red, tener esas redes y tener la conciencia de trabajo conjunto y una visión
1378 general.

1379 136. ¿Existen vías de comunicación entre el servicio regional de salud y las
1380 asociaciones no gubernamentales en el modelo de redes?

1381 En el modelo de redes sí, en nuestro modelo de redes sí, pero creo que, de una
1382 manera un poco informal y bastante especulativa en ocasiones, muy de
1383 oportunidad y muchas veces sin seguimiento. Depende mucho del ámbito
1384 político y que perduren el tiempo no siempre se da.

1385 137. ¿Cuál cree usted que es el papel de dichas asociaciones?

1386 Yo creo que recoger las inquietudes sociales de grupos concretos y las
1387 necesidades que se presentan en el ámbito social y que muchas veces no
1388 tienen la consideración o el entendimiento por parte de las estructuras
1389 sanitarias o las estructuras políticas, que deben cumplir su función general,
1390 merecen la pena que existan, evidentemente. Creo que son una parte
1391 importante de la sociedad. A veces, en muchos casos hipertrofiadas y en otros
1392 casos, no consideradas, pero de cualquier manera creo que es necesario que
1393 existan y que se consoliden.



1394 138. ¿Existe una coordinación operativa en el Servicio regional de salud,
1395 según el modelo de redes de salud? ¿Qué aspectos considera mejorables?
1396 Existir, existe, funciona aceptablemente bien, en los últimos años ha mejorado
1397 mucho. Quizá lo que falte sea un poco la formalización de esa relación en el
1398 tiempo, que esa relación sea fija, estrecha y mantenida, y establecer todo lo
1399 que sea necesario para que eso sea así.

1400 139. Actualmente, en su servicio de salud ¿qué estrategia se está aplicando:
1401 recortes, desinversión o reasignación como mecanismo de control del gasto
1402 sanitario?
1403 Ahora por la situación en la que nos encontramos y antes tan bien reasignación.
1404 Recortes en ningún momento en los últimos años, más bien al contrario, más
1405 bien reasignación.

1406 140. En su opinión, el nivel de Atención Primaria, ¿dispone de los recursos
1407 suficientes para resolver la mayoría de las necesidades de salud de la
1408 población?

1409 En general, sí, aunque hay recursos ahora mismo tecnológicos que deberían
1410 generalizarse de una manera mucho más de lo que está ahora mismo.

1411 141. ¿Dispone de información fiable y válida sobre el coste de los procesos
1412 que se aplican en la red de salud?

1413 No, a nivel de procesos no. La información en ese sentido es muy mejorable.

1414 Tenemos datos hasta del coste de algunos fármacos de manera automática
1415 pero realmente no es una cosa que este adecuadamente tratada. Tenemos

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1416 más indicadores de procesos, de efectividad, de eficacia que de control de
1417 gasto.

1418 142. ¿Cuáles son los factores o variables que influyen en que aumenten los
1419 costes?

1420 Lo que más influye es el ámbito sociosanitario en el que te mueves,
1421 socioeconómico, básicamente en la población, y hay un aspecto que es muy
1422 importante y es la formación del profesional. El profesional maneja con su
1423 actividad diaria, antes se decía con su bolígrafo, pero ahora es con el
1424 ordenador, el uso de recursos que diariamente pasan por su consulta y por su
1425 actividad. La buena formación, el trabajo adecuadamente optimizado de lo que
1426 realiza el profesional es lo que va a aportar en gran medida va a afectar en el
1427 gasto, y el gasto en la efectividad del proceso. Por supuesto, la situación
1428 económica de la zona influye mucho, y luego las condiciones básicas de la
1429 población, la edad, la dispersión geográfica. Para mí las dos cosas que quizás
1430 más hay que trabajar es sobre la formación y el desempeño del profesional y
1431 las condiciones de la población.

1432 143. ¿Dispone o se implementan procesos de medición de los resultados y
1433 medición de la eficiencia?

1434 De la eficiencia en menor proporción, del proceso tenemos muchísimos
1435 indicadores, de resultado tenemos menos, muy pocos indicadores de resultado.
1436 Tenemos sobre todo indicadores de procesos y en lo que más cortos estamos
1437 con diferencia es en los aspectos de eficiencia.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1438 144. En su opinión, la gestión clínica, ¿puede ser una herramienta para la
1439 mejora de la eficiencia microeconómica?

1440 Sin duda, la gestión clínica es una forma de abordaje y el tema al final es la
1441 micro-gestión, que hace referencia a la pregunta anterior o la anterior.
1442 Básicamente, la micro-gestión que quien la realiza es el profesional, es lo que
1443 va a decir lo que realmente va a influir y la efectividad en cada caso.

1444 145. ¿Se aplica la integración horizontal y vertical para alcanzar economía de
1445 escala?

1446 Sí pero no lo suficiente, si se considera la escala para muchas cosas, el
1447 problema es que muchas veces la consideración de la escala también tiene una
1448 vertiente y es la inequidad. El poner situaciones distintas dependiendo de la
1449 escala, pero si se considera porque es imprescindible de cara a la asignación
1450 de recursos.

1451 146. ¿Qué opina sobre los temas de promoción y prevención de la salud a
1452 nivel regional en _ESPAÑA_? [Provisión de ofertas de salud, superación de
1453 barreras de acceso, ofertas para grupos objetivo que son difíciles de alcanzar,
1454 etc.] Califique también en una escala del 1 al 10 (10 = excelente, 0 = muy malo).
1455 Bueno la prevención se está haciendo y cada vez más, la promoción de salud
1456 quizá es el aspecto que toda vía falta mucho por hacer. Creo que ahora mismo
1457 las cadenas públicas de televisión, de radio y tan bien las privadas deberían
1458 estar informando a la población mucho más de los aspectos sanitarios. Eso un
1459 indicador en general del número de fallecidos, del número de nacimientos

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1460 sanos, la población debería de ser mucho más cultivada en el aspecto de qué
1461 está pasando con la salud en su ámbito y en su país. Eso ayudaría a promover
1462 medidas y esa promoción de medidas es lo que creo que va siempre muy tarde
1463 y no lo suficiente.

1464 En cuanto a la prevención, las medidas vienen más o menos establecidas a
1465 nivel ministerial, en base a criterios generales que viene incluso de la
1466 Organización Mundial de la Salud, o de estructuras supranacionales muchas
1467 veces, y que simplemente el ministerio las adapta a nivel de país y luego la
1468 conserjería en cada comunidad autónoma.

1469 Prevención, las medidas se hacen, las medidas generales han mejorado
1470 muchísimo, la atención a la drogodependencia ... hay muchos programas,
1471 siempre hay muchos más por hacer y siempre hay necesidades nuevas, pero
1472 creo que en el sentido de la prevención sí hay una política más o menos
1473 concreta. En el aspecto promoción creo que no.

1474 Mi calificación es un 7-8 de ambos, el uno por el otro.

1475 147. ¿Considera que nuestro modelo sanitario reconoce la estructura familiar
1476 como soporte de cuidados?

1477 Sí, el nivel de cuidados, el nivel de profesional sí. El nivel de gestión creo que
1478 tan bien, de manera importante. El nivel político cada vez lo difumina más.

1479 148. En caso afirmativo, ¿qué repercusión tiene este enfoque familista de
1480 atención a la salud sobre la sostenibilidad del modelo sanitario español?



1481 Pues yo creo que es muy importante, da soporte en todos los sentidos: a nivel
1482 de cuidados, a nivel de salud mental, a nivel de apoyo socioeconómico, creo
1483 que es un apartado muy importante y que se refleja en todos esos
1484 condicionantes de la salud, tiene una parte cada uno de ellos prácticamente
1485 sobre el nivel de la salud de la población, creo que ayuda mucho,
1486 especialmente en edades de personas mayores, donde el apoyo social es más
1487 importante.

1488 149. ¿Existe algún programa de apoyo al cuidador informal y/o a la familia?
1489 ¿Podría nombrar alguno?

1490 Hasta donde yo sé, no. Salvo en situaciones muy concretas, para enfermedad
1491 de Alzheimer y en ámbitos muy concretos.

1492 150. ¿Existen redes de apoyo específicas para las familias de pacientes con
1493 enfermedades graves o crónicas? Y en su opinión, ¿son suficientes para las
1494 demandas actuales?

1495 Redes de apoyo por parte de los servicios sociosanitarios, existen unidades
1496 para que el paciente reciba apoyo tanto en domicilio como en instituciones:
1497 residencias o incluso hospitales de cuidados medios, si existen. Quizá hay un
1498 aspecto que es el hospital de cuidados medios que no se ha desarrollado
1499 mucho en España, salvo comunidades muy concretas, pero sí existe de manera
1500 formal. Luego en cuanto a asociaciones o grupos de influencia y de atención a
1501 patologías concretas tan bien. En ese sentido hay bastante ayuda, en
1502 patologías crónicas, de todo tipo, enfermedades raras tan bien. Creo que en

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1503 ese sentido sí que hay bastante posibilidades de apoyo, el problema de los
1504 últimos años es que el envejecimiento de la población es tan rápido que las
1505 estructuras por más que crezcan, siempre van por detrás.

1506 151. ¿Sería un área estratégica la implementación de más herramientas que
1507 permitan adelantarse a la complicación de un proceso crónico?

1508 Todo lo que sea adelantarse, poner herramientas que permitan no llegar al
1509 estado crítico de la situación del paciente, yo creo que siempre son
1510 bienvenidas, es una forma de prevención sanitaria, primaria o terciaria, me da
1511 igual. La cuestión es que establecer mecanismos de prevención siempre van a
1512 ayudar y serían deseables.

1513 152. En su opinión, ¿existe realmente un equilibrio entre las necesidades de
1514 la población y estructura/procesos que ofrece el sistema sanitario?

1515 Equilibrio existe, otra cosa es que sea estable o inestable. Hay un equilibrio,
1516 pero digamos que ahora mismo muy inestable, porque las necesidades que
1517 están apareciendo en los últimos años con el envejecimiento básicamente de
1518 la población, las necesidades van aumentando mucho, mucho más rápido que
1519 lo que realmente el sistema es capaz de crecer. Y tan bien en ese sentido pues
1520 la asimilación que tenemos de personal extranjero, pues tan bien genera
1521 situaciones un poco de estrés de la organización, por decirlo de alguna manera.
1522 Pero vamos, básicamente lo que está influyendo es la situación de
1523 envejecimiento, es un país en el que nos estamos haciendo ancianos en muy
1524 poco tiempo.



1525 153. ¿Es el modelo de redes el más adecuado para la gestión de los procesos
1526 crónicos?

1527 Sin duda, no se puede entender la atención a un paciente crónico sin tener ese
1528 proceso. El paciente en ese continuo sanitario va a necesitar que esa
1529 enfermedad crónica pase por distintos estadios, habrá un momento en el que
1530 el paciente pueda ser atendido en su casa, por su centro de salud y habrá
1531 momentos que a lo mejor necesite sistemas de seguimiento de instituciones
1532 más o menos formales. Bien sea de viviendas tuteladas, hasta situaciones de
1533 apoyo en su domicilio o de residencias.

1534 154. ¿En qué nivel debe de estar ubicado el paciente crónico complejo, en
1535 APS o en AE?

1536 Lo que no puede es estar siempre en atención especializada. El paciente es de
1537 primaria siempre, porque tarde o temprano el médico de primaria, siempre que
1538 esté en el ámbito de su domicilio de la residencia o de cualquier sitio fuera del
1539 hospital va a estar dependiendo del médico de primaria. Por lo tanto, donde
1540 debe estar es en su casa, si es posible. En la situación que mejor se pueda dar
1541 la atención por supuesto y en lo que ese paciente se encuentre más cómodo,
1542 en el aspecto emocional, físico y tan bien de su enfermedad. Entonces, el
1543 paciente crónico complejo donde tiene que estar es en primaria, siempre, con
1544 el apoyo en red de la especializada, cuando aparezcan complicaciones o de
1545 otras instituciones, de otras ayudas que sean necesarias en redes.



1546 155. Desde su perspectiva, ¿qué repercusión tiene la no profesionalización
1547 de la gestión sanitaria en el desempeño de la gestión de una Red de atención
1548 a la salud?

1549 Pues el mismo aspecto que tiene poner un incompetente en una empresa, en
1550 la medida que alguien no es competente pues lógicamente desarrolla
1551 incompetencia.

1552 156. ¿Considera que en ocasiones la gestión sanitaria puede estar
1553 politizada?

1554 Sí, desgraciadamente en muchas ocasiones.

1555 157. ¿Cree usted que se podrían evitar muertes en el hospital de pacientes
1556 terminales que desean morir en su casa?

1557 Sí, sin duda. Al final, el fin de la vida depende de la decisión del paciente y de
1558 los familiares, y todo eso exige, un acompañamiento adecuado. Si el paciente
1559 al final decide o su familia deciden en un sentido o en otro, todo va a depender
1560 de cómo se oriente el conjunto. En la medida que se sientan acompañados,
1561 respaldados, se sientan seguros dentro de esa inseguridad, por supuesto, se
1562 pueden evitar muchas derivaciones del hospital en ese sentido. Aunque
1563 siempre yo tan bien creo que es necesario respetar la voluntad del paciente.

1564 158. ¿Qué se podría hacer para evitar esta situación?

1565 Acompañar, en los momentos en que estamos con necesidad de afecto, de
1566 inseguridad máxima, lo que buscamos es que nos quieran, nos apoyen,
1567 sentirnos seguros, sentir que estamos haciendo lo mejor con ese paciente que



1568 va a morir. Entender cada momento, conocer que se le está haciendo, que
1569 medicación se le está aportando, como se está evitando ese sufrimiento, como
1570 se le está ayudando, acompañar.

1571 159. ¿Tienen un dispositivo de gestión eficaz del duelo?

1572 No, tenemos un dispositivo que funciona aceptablemente bien en paliativos,
1573 que digamos que el pre-duelo sí, pero una vez que el paciente ha fallecido, la
1574 atención al duelo no está estandarizada en ningún momento, ni sigue un criterio
1575 más allá de lo que es la atención por parte de los especialistas.

1576 160. ¿Existe una integración de todos los recursos de cuidados paliativos en
1577 su servicio regional de salud? ¿cómo se estructura?

1578 Sí, hay un servicio de paliativos intrahospitalario y un servicio de paliativos
1579 extrahospitalario, están en coordinación los niveles de atención primaria, el
1580 paciente que es dado de alta del hospital automáticamente es remitido al
1581 servicio de paliativos extrahospitalario, que a su vez se coordina con el nivel de
1582 atención primaria. De forma, que se intenta que el paciente que está próximo a
1583 morir, en una fase terminal, reciba atención digamos que cercana por parte de
1584 los profesionales de atención primaria y periódica, telefónica y física por parte
1585 de los servicios...en general un servicio que funciona bastante bien.

1586 161. ¿Qué estrategia plantearía para la derivación del paciente terminal a
1587 atención especializada sin pasar por la puerta de urgencias del hospital?

1588 Un paciente terminal que va al hospital, si lo que va es a morir, lo que
1589 tendríamos que tener es un mecanismo de acceso rápido, vía cuidados



1590 paliativos, establecer el proceso, el procedimiento, que actualmente no existe
1591 de una manera reglada, aunque sí, de manera informal se concierta con el
1592 servicio de urgencias y entran por urgencias y pasan a unidades de paliativos.

1593 162. ¿Hay desigualdades en el tránsito del paciente, una vez se accede al
1594 sistema sanitario? ¿Podría nombrarlas?

1595 Sí, porque depende mucho del lugar, del ámbito de ese sistema, del hospital.
1596 No es lo mismo estar con un hospital comarcal a 40km, la disponibilidad no es
1597 similar, está más restringida en un ámbito que en otro. Y tan bien es verdad
1598 que el modelo genera algunas decisiones, es decir, que no todo el mundo
1599 digamos siga su lista de espera.

1600 163. Teniendo en cuenta que el 85% de los problemas de salud se atienden
1601 en APS (atención primaria de salud). ¿Por qué no se está llevando a cabo la
1602 gestión desde APS de los ciclos completos de atención a la salud?

1603 Quizá porque es un aspecto muy abstracto, ciclos completos en atención a la
1604 salud es un ámbito difícil a veces de definir. Muchas veces yo creo que es por
1605 problema de definición y de entendimiento. No hay una definición, ni un objetivo
1606 claro, ni una meta específica, en ese sentido, no una forma de trabajo
1607 específica.

1608 164. ¿Considera que la gestión de casos puede ser una herramienta que
1609 facilite la coordinación entre los niveles asistenciales?

1610 Sí, pero habría que coordinar muy bien las definiciones y el uso de la
1611 tecnología. Con esto pasa como con la terminología de enfermería, de

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1612 terminología médica, de terminología de especializada. A veces estamos
1613 llamando de la misma forma a muchas formas diferentes. Y luego medimos y
1614 no sabemos muy bien integrar esa información. El administrador de redes tiene
1615 que lograr que la terminología sea conjunta y a lo que se tiende en el aspecto
1616 profesional muchas veces es a la dispersión de datos. A llamar de distinta
1617 forma, cosas que...en fin de poner alguna manera alguna reivindicación casi
1618 profesional o de estamentos. Y eso que pueda tener sentido, a la hora de
1619 terapia o cosas concretas, a la hora luego de la medición lo complica
1620 muchísimo.

1621 164.1. ¿Existe en su CCAA gestión de casos?

1622 El control de manera continuada de casos, no. Entre niveles
1623 asistenciales no. Dentro del hospital me consta que sí.

1624 165. En caso afirmativo, ¿está implementada por áreas o en todo el servicio
1625 regional de salud?

1626

1627



1628	Project-ID:	2019-1-DE01-KA203-005025
1629	Country:	Spain
1630	Institution:	Universidad Católica San Antonio de Murcia
1631	Interview code:	Entrevista 3 REDES

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1632

ENTREVISTA 3 REDES

1633 166. ¿Cree que en nuestro entorno sanitario se aplica el modelo de RASs
1634 (redes de atención a la salud)?

1635 Pues yo creo que parcialmente en ese sentido que hemos hablado en este
1636 momento, creo que parcialmente pero sí.

1637 166.1. ¿a qué nivel?

1638 Pues quizá necesite esto un poquito de explicación previa, entendiendo como
1639 se proveen los servicios sanitarios en España. Fundamentalmente los servicios
1640 se proveen a través del sistema público, que es el SNS, compuesto por los
1641 servicios regionales de salud. Por tanto, el nivel en el que, si entendemos por
1642 nivel cual es la circunstancia ante el proveedor de de servicios, está constituido
1643 más del 90% de los casos por un sistema público, que hace la asistencia
1644 sanitaria fundamentalmente y algunas actividades preventivas a través de los
1645 servicios regionales de salud, que son de titularidad pública. Desde ese punto
1646 de vista, el nivel en el que se está realizando fundamentalmente es,
1647 llamémosle, un nivel de intervención pública, que no siempre es así, en todos
1648 los países del mundo, incluso es mucho más completo y hay muchísimos más
1649 proveedores que en España.

1650 167. ¿Qué tareas y actividades principales deben cumplir los administradores
1651 de redes de salud en ESPAÑA?



1652 Entendido con la definición que me has aportado ahora y la que he leído, a mí
1653 me parece que los administradores de esas hipotéticas redes deben cumplir
1654 pues con eso objetivos fundamentales, la de integración de servicios, la de
1655 integración detemporal, la del manejo de todas esas circunstancias, que,
1656 plantean la consecución de los objetivos de las redes, que es poner en contacto
1657 e integración toda esa serie de actividades, de niveles, de servicios, que me
1658 parecen muy interesantes desde el punto de vista de la mejora y el
1659 mantenimiento de la salud ciudadana.

1660 168. ¿Qué organizaciones serían adecuadas para emplear a un
1661 administrador o gestor regional de redes de salud en _ ESPAÑA _? (p. ej.,
1662 municipio, unidades primarias de salud, profesionales autónomos, etc.)

1663 A mí en la situación actual en España, me parece que claramente los servicios
1664 regionales de salud, la distribución geográfica poblacional que digamos, el
1665 momento actual obteniendo como base las áreas de salud.

1666 169. ¿Desde qué organización de las que pueden integrar una red de salud
1667 sería adecuado incluir a un administrador?

1668 Yo creo que el nivel fundamental sería los servicios territoriales de salud, y el
1669 sitio geográfico: el área.

1670 170. ¿Qué importancia tienen los administradores/gestores de redes de salud
1671 para la atención de salud regional en _ ESPAÑA?

1672 Yo creo que en este momento es alta y fundamental, en el momento actual los
1673 gestores de lo que podríamos considerar las redes de salud, que sería la

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1674 gestión de los servicios sanitarios de las áreas tienen una enorme importancia
1675 y trascendencia en la población.

1676 171. ¿Con qué dimensiones de la salud cree que se relaciona el trabajo de
1677 los administradores de redes regionales de salud en _ ESPAÑA _? [Si el
1678 encuestado tiene dificultades para responder la pregunta, enumere las
1679 dimensiones: física, social, mental, espiritual, emocional o sexual]

1680 Pues yo diría que con todos los niveles que hemos hablado, desde el punto de
1681 vista de poder hacer tanto intervenciones preventivas como curativas o de
1682 cuidados como en la integración desde los diferentes servicios, como en el
1683 aseguramiento de que se hace una vigilancia sobre la salud desde el punto de
1684 vista continuado en el tiempo, incluso entre la transmisión del poder político, con
1685 las normas políticas que dé para hacerlo realidad en su implantación en bases
1686 poblacionales. A mí me parece que eso son las dimensiones de salud que toca
1687 hoy por hoy. Y deja sin tocar otras naturalmente: todo lo relacionado con salud
1688 alimentaria o con salud vial, o con otro tipo de problemas de tipo psico,
1689 posiblemente sociales o familiares pues no las toca con tanta intensidad.

1690 172. ¿Con qué organizaciones y partes interesadas deberían trabajar /
1691 cooperar los gerentes de redes de salud regionales en _ ESPAÑA _? (sino
1692 nombra ninguna, pedir que nombre)

1693 Enlazando con la respuesta anterior, yo te comentaría que desde mi punto de
1694 vista hay algunas que están realizándose claramente, como lo he enunciado
1695 antes, y deberíamos extenderlo a mantener contacto e integración con otras

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1696 organizaciones u otros niveles que se dediquen a el manejo de acreedores de
1697 tipo o social, o de tipo psicológico o de tipo familiar en los que hoy no llegamos.
1698 Considero quizá menos trascendentes situaciones en las que determinantes de
1699 tipo espiritual o emocional pudieran repercutir sobre la salud, que, desde mi
1700 punto de vista quedaría un poquito fuera del ámbito de un organizador de redes
1701 o de control de salud a través de redes.

1702 173. ¿Qué competencias y cualificaciones necesitan los gerentes regionales
1703 de salud en _ ESPAÑA para poder realizar las tareas / actividades centrales
1704 mencionadas anteriormente? (gestión, liderazgo, investigación, tecnologías
1705 sanitarias, comunicación...)

1706 A mi me parece que más allá de entrar en el curriculum específico de lo que
1707 tendría que saber un gerente o una administrador de regiones que para mi en
1708 este momento y en la teoría son equivalentes, la característica fundamental es
1709 que haya un compendio de procedimientos establecidos que puedan servir a
1710 ese tipo de personas, a ese tipo de administradores o gestores para tener una
1711 competencia profesional propia, es decir, profesionalizar en el aspecto de
1712 gerente o gestor de salud o de administrador de redes de salud,
1713 profesionalizar.

1714 174. ¿Qué determinantes sociales de la salud según el modelo de la OMS
1715 son importantes en términos del trabajo como administrador de la red regional
1716 de salud en _ ESPAÑA _? [En el sentido del modelo determinante según



1717 Dahlgren y Whitehead, 1991 - Si el entrevistado tiene dificultades para
1718 responder la pregunta, muestre el modelo en forma impresa.]

1719 A mi me parece que, sí que sería hasta bueno que, además de todo lo
1720 mencionado, aspectos tales como poder integrar en el modelo de
1721 mantenimiento y conservación de la salud a aspectos de condicionantes como
1722 los alimentos o el ambiente educativo o las condiciones laborales, o las
1723 condiciones sociales, esas cuestiones junto con probablemente la vivienda
1724 me parecerían fundamentales, de manera que formaran parte de las
1725 competencias o de los escenarios que debiera integrar un administrador de
1726 redes.

1727 175. ¿Qué temas deberían priorizar/analizar los gerentes regionales de salud
1728 en _ ESPAÑA _? [Si el encuestado tiene dificultades para responder la
1729 pregunta, dé ejemplos: tipo de grupos objetivo, entornos, comportamientos ...]

1730 A mi me parece que lo fundamental debe ser un gerente regional de salud, por
1731 llamarlo como se menciona en la pregunta, debe hacer dos grandes cosas: uno
1732 analizar la situación que tienen las diferentes competencias que bajo su
1733 responsabilidad pueda tener y una vez analizado, establecer prioridades en
1734 cuento a cuáles de esas situaciones están distorsionadas, y en función de la
1735 importancia que le demos, corregir esa distorsión que después del análisis
1736 hemos detectado.

1737 176. Según su experiencia, ¿cuáles de los siguientes aspectos son ventajas
1738 del trabajo en redes? ¿es posible?:

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



- 1739
- Objetivos comunes: yo creo que es importante.
- 1740
- Información interdependiente y cooperativa: también lo considero
- 1741
- una ventaja y un objetivo.
- 1742
- Mejores resultados de salud: por supuesto.
- 1743
- Consenso y negociación de soluciones: lo considero conveniente
- 1744
- pero no imprescindible.
- 1745
- Calidad de servicios: me parece fundamental.
- 1746
- Calidad de vida: también me parece un objetivo más utópico,
- 1747
- aunque debería gobernar nuestro modo de trabajar como gerente.
- 1748
- Control de costes y mejora de la eficiencia: eso es una cosa
- 1749
- necesaria de conocer, pero no necesariamente de ser un objetivo.
- 1750
- Evidentemente es conocible, debe conocerse, debe manejarse
- 1751
- como un instrumento de gestión, pero no puede ser el único
- 1752
- objetivo de un gerente controlar el coste.
- 1753
- Generar valor para la población (desde el punto de vista de la
- 1754
- confianza en los sistemas sanitarios): también me parece muy
- 1755
- importante.
- 1756
177. ¿Es posible que las redes en salud ofrezcan la oportunidad de
- 1757
- monitorizar y evaluar mejor la atención sanitaria? ¿en qué aspectos?
- 1758
- Claro me parece que sí. Evidentemente con los sistemas actuales que tenemos
- 1759
- para conocer la realidad y analizar la realidad, ninguno de los aspectos que



1760 hemos estado hablando hasta ahora debería escaparse y de la priorización que
1761 hablábamos en preguntas anteriores, debería meterla como necesidad de
1762 actuación en lo priorizado.

1763 178. ¿Considera que las redes favorecen o facilitan la difusión de los
1764 conocimientos de los expertos a la población?

1765 Yo no sé si las redes, consideradas como tales facilitarían la difusión de
1766 conocimientos desde los expertos a la población. No se si las redes son el
1767 instrumento necesario, desde luego hoy día no lo son. La única formula es que
1768 aquellos proveedores y salud que están más cercanos a la población, que son
1769 pues los médicos y las enfermeras, que son los proveedores fundamentales, sí
1770 que pueden hacer una labor de traslado de los conocimientos científicos hacia
1771 la población, pero me parece que no sólo eso, deben ser otros medios los que
1772 intervengan grandemente, como por ejemplo la educación, o como por ejemplo
1773 los medios de comunicación.

1774 179. ¿Le parece que la integración de los servicios en el modelo de redes
1775 mejora la flexibilidad del sistema y permite mayor participación de actores no
1776 estatales y de usuarios?

1777 Sin duda, yo creo que sí. La constitución de una red como de las que estamos
1778 hablando mejora y permite una mayor participación.

1779 180. ¿Cree que pueden jugar algún papel en abordar cuestiones geográfico-
1780 poblacionales como la dispersión, baja densidad poblacional, o alta densidad y
1781 complejidad en demandas/necesidades?



1782 Yo creo que sí, pero a un nivel de estudio preliminar para someterlo a la
1783 decisión política, que es quien realmente toma las decisiones en estos
1784 aspectos. Estudio, pero desde ese punto de vista sí es importante. Porque
1785 desde luego la decisión se escaparía a un administrador de redes o a un gestor.

1786 181. ¿La implementación de redes de salud puede suponer una dificultad en
1787 la rendición de cuentas debido a la participación de diferentes actores?

1788 Eso es una cuestión plenamente técnica, la contabilidad y el manejo de la
1789 informática para tener un conocimiento real, es simplemente una cuestión
1790 técnica. Yo creo que no tienen por qué suponer ninguna dificultad para conocer
1791 a los actores.

1792 182. ¿Usted cree que las redes pueden ralentizar los procesos de
1793 negociación y los consensos?

1794 Pues yo creo que no, todo lo contrario, deberían favorecerlos.

1795 183. ¿Considera usted que existen más problemas de control y coordinación
1796 de la interdependencia en el trabajo en redes que bajo otro modelo?

1797 Yo creo que no, creo que sería bueno tener lugares y objetivos comunes que
1798 nos permitieran mejorar esa interdependencia.

1799 184. En la gestión sanitaria en redes, ¿considera usted que existe cierta
1800 inespecificidad en los criterios de participación que favorezcan la exclusión de
1801 actores sociales importantes?

1802 Pues yo creo que en la situación actual una cierta inespecificidad no, una total
1803 inespecificidad, una inexistencia de esa situación en el momento total.



1804 185. Integración como concepto de área unificada. En su opinión, el modelo
1805 de gestión de área unificada (AP/AE), ¿da respuesta a las necesidades de
1806 integración de los servicios sanitarios?

1807 Pues yo creo que aquí haría un matiz, la realidad española en la situación de
1808 las áreas unificadas, que hemos tenido experiencias dispares, cuando no
1809 había, el proveedor no era la única, sino que el proveedor era un nivel
1810 asistencial, el hospital o atención primaria, han permitido la mejora de forma
1811 más tradicionalmente de los niveles tradicionalmente menos favorecidos que
1812 era la atención primaria. Cuando eso ha vuelto a tener un manejo de gestión
1813 desde el punto de vista unitario, creo que se ha vuelto a distorsionar ante la
1814 mayor capacidad de adquisición, manejo y consumo de recursos en el hospital
1815 frente a la atención primaria. Por tanto, mi respuesta es que sin un buen
1816 balance y precisamente hay un administrador de redes tenía una gran misión,
1817 sin un buen balance entre estos dos niveles fundamentales desde la prestación
1818 de la asistencia, pues me parece que se iría distorsionando en favor del
1819 proveedor que consume y genera más necesidad de recursos que es el nivel
1820 de atención hospitalaria.

1821 186. ¿Considera que existe una Política de coordinación horizontal dentro de
1822 cada nivel asistencial? ¿qué opina sobre ello?

1823 Pues yo creo que la coordinación horizontal es escasa, dentro de cada nivel
1824 asistencial la relación entre iguales, llamémosle que se llama coordinación
1825 horizontal es escasa. Es mucho mas operativa en los niveles hospitalarios que

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1826 en el nivel de atención primaria a la hora de la prestación de servicios, porque
1827 hasta físicamente es más fácil esa coordinación entre el mismo nivel. Cosa que
1828 sucede con más dificultad en atención primaria por esa circunstancia
1829 geográficamente establecida antes.

1830 187. ¿Existe la gestión por procesos dentro de la red de atención a la salud?

1831 En este momento no, taxativamente no.

1832 188. ¿Cree que existe suficiente coordinación vertical entre los dos niveles
1833 asistenciales?

1834 Existe, pero es claramente insuficiente.

1835 189. En su opinión, ¿el uso centralizado de recursos de alta tecnificación
1836 puede confundirse con una gestión verticalizada? Es decir, si los recursos en
1837 primaria tuvieran más capacidad de resolución y no tuvieran que derivar a
1838 hospitalaria, por ejemplo, la toma del Sintrom desde el centro de salud.

1839 Yo creo que sí, absolutamente sí. Y, de hecho, los ejemplos que en el mundo
1840 y en España estamos teniendo de inducción, de mejores o más altos niveles
1841 de tecnificación, tanto de informática como diagnóstica, nos están dando
1842 posibilidades de mejora importantes en la atención, tanto curativa como
1843 preventiva de los ciudadanos.

1844 190. ¿Existe coordinación con otros sectores? ¿con qué sectores? En caso
1845 negativo, o si señala muy pocos, ¿cuáles habría que incorporar?



1846 En el momento actual, desde el punto de vista de coordinación con otros
1847 sectores existen ejemplos, pero no es una coordinación generalizada, por
1848 ejemplo, existe coordinación con partes del sector educativo, intervenimos en
1849 el sector educativo, existe la relación con partes de la asistencia social, existen,
1850 pero no alcanza los niveles deseables, por tanto, la respuesta sería, existen,
1851 pero insuficientemente.

1852 191. ¿Cree que existe una adecuada coordinación de los Servicios sociales y
1853 sanitarios? ¿cómo se lleva a cabo esta coordinación?

1854 Enlazando con la pregunta anterior esos sectores en dónde la coordinación es
1855 más necesaria porque el componente social del enfermar es muy importante.
1856 De hecho, al principio del desarrollo de la atención primaria en nuestro país, los
1857 trabajadores sociales tenían una presencia casi continua en el equipo, como
1858 un miembro más. Y esa me parece una buena forma de enlazar ambos
1859 sectores, la existencia de especialistas en el conocimiento de los problemas
1860 sociales de las personas dentro de los equipos sanitarios, fundamentalmente
1861 de atención primaria. Esa me parece la mejor forma de coordinar.

1862 192. ¿Qué opina sobre el sistema de salud actual a nivel regional en
1863 _ESPAÑA_? [Provisión de ofertas de salud, superación de barreras de acceso,
1864 ofertas para grupos objetivo que son difíciles de alcanzar, transparencia de las
1865 estructuras en el sistema de salud, etc.] Califique también en una escala del 1
1866 al 10 (10 = excelente, 0 = muy malo).



1867 Pues a mi me parece que en España y actualmente, los servicios de salud están
1868 muy bien posicionados, muy bien considerados, y la mejora de la gestión debe
1869 ser una prioridad absoluta.

1870 Yo considero que estaría a un nivel entre el 7 y el 8.

1871 193. ¿Existen diferentes catálogos de servicios sanitarios en su servicio
1872 regional de salud? ¿y con respecto a otras regiones?

1873 Existen yo creo que, en todas las regiones de España, en todos los servicios
1874 regionales de salud y uno de los problemas que tenemos es que esos catálogos
1875 de servicios pues no son coherentes, no son igualitarios, por tanto, podemos
1876 encontrarnos que una persona que habita en España como ciudadano pueda
1877 no tener la misma oferta sanitaria, por una cuestión meramente geográfica, de
1878 vivir en una provincia perteneciendo a una región u otra.

1879 194. ¿Qué opina sobre la aplicación del copago a más servicios sanitarios,
1880 además de farmacia ambulatoria?

1881 Pues yo particularmente no soy partidario del copago, a mí me parece que en
1882 un servicio público la aportación de fondos de cada ciudadano debe tener el
1883 carácter solidario, es decir, cuando nosotros pagamos los servicios del estado
1884 con el dinero que se extrae de nuestro sueldo, nosotros, pues las personas que
1885 más ganan, más pagan, y las personas que más necesitan, más reciben. A mi
1886 me parece que es un proceso solidario y justo, cuando uno tiene más dinero
1887 paga más y cuando uno necesita más, recibe más. El problema del copago es
1888 el que paga más, va a recibir más porque tiene dinero.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1889 195. ¿Qué opina del copago en general?

1890 (respondida anteriormente)

1891 196. En su opinión, su servicio de Salud ¿ofrece una atención sanitaria
1892 universal? ¿cómo se implementa?

1893 Ofrece una atención sanitaria universal en función de lo que digamos, de lo que
1894 cubre casi todos los aspectos de la asistencia por enfermar sí. Que quedan
1895 aspectos en el enfermar que no cubre, tan bien. Por ejemplo, los sociales, los
1896 familiares, los emocionales, que no los cubre con tanta intensidad. Por tanto,
1897 se podría mejorar, porque queda por cubrir.

1898 197. ¿Qué opina sobre la financiación local de los servicios sanitarios, como
1899 ocurre en Alemania?

1900 Enlazando con la situación que hablábamos en la pregunta sobre el copago
1901 tengo la misma opinión. La situación en Alemania que es el punto dónde se
1902 originaron los servicios a través de las mutuas pues bueno tuvo su sentido al
1903 principio de esta formación. El problema es que, si nosotros financiamos las
1904 organizaciones con dinero particular, perdemos el concepto de solidaridad y
1905 por eso, no me gusta el sistema alemán.

1906 198. ¿Qué opina de los recursos para la atención sanitaria a nivel regional en
1907 _ ESPAÑA _? [recursos materiales, fondos del proyecto adquiridos,
1908 conocimiento e información, recursos sociales]

1909 A mi en general me parecen insuficientes, pero no por una frase hecha, me
1910 parecen insuficientes atendiendo simplemente a un hecho, que en la actualidad

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1911 en la que vivimos actualmente nos lo explica con mucha claridad. Desde la
1912 crisis económica de hace aproximadamente 10 años, la financiación de los
1913 servicios sanitarios no sólo se ha estancado, sino que ha disminuido. Dándonos
1914 cuenta los no profesionales en momentos como ahora en que necesitamos los
1915 servicios sanitarios y los necesitamos de forma extraordinariamente vital, nos
1916 damos cuenta que no estar bien financiados está originando muchos
1917 problemas, que los objetivamos cuando los recursos necesarios, los recursos
1918 financieros, no sólo se han necesarios, se han imprescindibles para salvar
1919 cosas más trascendentes, que incluso la propia salud.

1920 199. ¿Considera que el modelo de financiación actual permite o es suficiente
1921 para la financiación de los servicios sanitarios?

1922 Pues creo que no, por una sencilla razón: cuando en un sistema público se
1923 determina que una cantidad de dinero va a un servicio público, el control de
1924 costes es simplemente financiero, es decir, no es de necesidades, lo que el
1925 político debe hacer es determinar cuales son las necesidades porque el dinero
1926 viene de su decisión, no de un estudio de necesidades, sino de la decisión
1927 política. De ahí que la estabilidad económica se haya perdido, no porque se
1928 necesitara menos sino porque se disponía de menos. Y lo que se tenía se
1929 destinaba a otras cosas que se consideraban más importantes que los servicios
1930 sanitarios. Por tanto, mi respuesta es que no.

1931 200. ¿Considera que el modelo de gestión de área unificada favorece la
1932 gestión de las redes de salud?

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



1933 Entendiendo como área unificada aquello que te permite mejorar la
1934 coordinación sí.

1935 201. ¿Considera que este modelo de gestión recoge los conceptos de
1936 integración horizontal y vertical contemplados en las redes?

1937 A mi me parece que claramente sí, desde esa perspectiva que hablábamos
1938 siempre.

1939 202. ¿Se lleva a cabo una verdadera gestión sanitaria en el área de salud?
1940 ¿de qué factores depende?

1941 Pues desgraciadamente depende de factores individuales, es decir, aspectos
1942 como conocimiento en profundidad de su oficio por los equipos directivos, nivel
1943 de liderazgo en transmitir a los agentes últimos de provisión de servicios de salud
1944 y de prevención. Entonces es una situación muy variable y depende de factores
1945 desgraciadamente demasiado individuales.

1946 203. ¿Es necesario tener una titulación sanitaria para completar la
1947 capacitación regional como gerente de salud?

1948 En coordinación con lo que dije al principio de las preguntas me parece
1949 absolutamente necesario, es decir, que un mundo complejo como el que
1950 estamos hablando e incluso si se integra más aspectos y niveles de los
1951 actuales, necesita una alta capacitación profesional, dado por unos estudios
1952 específicos que otorguen pues la licenciatura, o un nivel suficiente que
1953 garantice que se conoce ese mundo, que se conoce el manejo de todas esas
1954 variables.



1955 204. ¿Existen oportunidades educativas para los administradores-gerentes
1956 de redes de salud (o equivalentes) en _ ESPAÑA _?

1957 Claro que existen, lo que pasa es que hoy en día, lo que no existe es el camino
1958 para acceder a ello. El camino que existe es únicamente la decisión política del
1959 político que en ese momento este tomando decisiones. No es una decisión
1960 profesional, no es una decisión en relación con las capacidades profesionales
1961 que estén dadas por una titulación, sino por la decisión política de una persona
1962 que puede acreditar que hay una persona adecuada para ser gerente, pero
1963 según su conocimiento personal o sus objetivos personales o políticos.

1964 205. Los conocimientos sobre las Redes de Atención Sanitaria: ¿Forman
1965 parte de su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde
1966 su práctica? ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?
1967 ¿qué debería incluir?

1968 En mi caso particular como la inmensa mayoría de los gestores en España,
1969 hemos empezado a hacer gestión porque, yo empecé a hacer gestión de una
1970 manera, llamémosle salvaje, sin mayor conocimiento previo, sin mayor
1971 formación previa, sino por un interés personal o un interés personal de
1972 conocimiento y fue después cuando de forma no reglada intenté adquirir los
1973 conocimientos que me permitían hacer una mejor práctica. Hoy por hoy sigue
1974 desgraciadamente siendo así. No existe una capacitación específica, ni existe
1975 una manera reglada de llegar a un nivel de capacitación que permita entre esas



1976 personas que han adquirido ese nivel de capacitación poder elegir la forma de
1977 llevar gestores a redes de asistencia o a redes publicas o áreas unificadas o lo
1978 que sea.

1979 Debería incluir, por lo menos, aspectos de conocimientos generales sobre el
1980 sistema sanitario , sobre sistemas sociales, sobre sistemas educativos, sobre
1981 cuestiones relacionadas con educación, con formas de trasladar esto,
1982 formación en gestión específica, formación en manejo de medios, sobre todo
1983 informáticos y que estuviera constituido por una titulación reglada y
1984 especificados cuales son esos contenidos que tiene que conocer y tiene que
1985 manejar como cualquier estudiante o cualquier licenciado.

1986 ❖ PREGUNTAS PARA GESTORES NO SANITARIOS SOLAMENTE

1987 206. La **formación en atención a la salud** ¿Forma parte de su formación
1988 como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si
1989 hoy se incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?

1990 207. La **formación en tecnologías y sistemas de la información** ¿Forma
1991 parte de su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde
1992 su práctica? ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?
1993 ¿qué debería incluir?

1994 A mi me parece fundamental, hoy en día fundamental.

1995 En mi formación en particular no ha habido una formación reglada, sino pues
1996 las que he ido adquiriendo con el paso del tiempo. Las tecnologías y sistemas



1997 de información han formado parte de la información personal posterior pero no
1998 reglada.

1999 208. **La formación de economía de la salud** ¿Forma parte de su formación
2000 como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si
2001 hoy se incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?
2002 Exactamente lo mismo. Me parece fundamental y de hecho es una de las
2003 formaciones que considero imprescindibles para poder tomar decisiones desde
2004 el punto de vista de la gestión de costes y de la gestión y organización de
2005 servicios en función de las posibilidades económicas. Me parece una de las
2006 formaciones fundamentales que tienen que formar parte del currículum.

2007 209. **La formación humanista y social** ¿Forma parte de su formación como
2008 gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si hoy se
2009 incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?
2010 Yo no la creo imprescindible, creo que eso son condiciones individuales
2011 previas, que es un añadido, puede tener y a lo mejor, es necesario o es
2012 conveniente que las tenga un gestor. Pero eso quizá debería de formar parte,
2013 previa, de esos conocimientos, esas actitudes que tiene un gestor y que
2014 permitirían entrar en esa línea de formación posterior. Pero no lo considero que
2015 debe de ser un objeto de formación humanista y social durante el desarrollo del
2016 currículum formativo de ese gestor.

2017 210. **La formación en gestión y políticas sanitarias** ¿Forma parte de su
2018 formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2019 ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería
2020 incluir?

2021 Creo que necesario de forma imprescindible, que forme parte del conocimiento
2022 curricular de un gestor.

2023 211. ¿Considera que las nuevas tecnologías favorecen la aplicación de las
2024 redes de salud?

2025 Absolutamente, tanto es así que, parecía impensable hoy día en un
2026 administrados de redes de salud que no tuviera conocimientos, acceso y
2027 manejo con cierto nivel, incluso de las redes.

2028 46.1. ¿qué opina sobre las experiencias de consulta no presencial o
2029 seguimiento a través de las soluciones tecnológicas?

2030 Absolutamente partidario, y probablemente constituirán en el futuro uno de los
2031 campos de desarrollo de la organización sanitaria. Tanto en la atención primaria
2032 como en atención hospitalaria, aunque suene un contrasentido, me parece que
2033 el seguimiento de consultas externas de problemas puramente hospitalarios y
2034 especializados, se beneficiarían extraordinariamente de consultas telemáticas.

2035 212. ¿Qué limitaciones cree que presenta no utilizar una historia clínica
2036 informatizada única para los dos niveles asistenciales?

2037 Las limitaciones de tenerlo a no tenerlo son absolutas. Que tengamos un
2038 sistema de historia clínica diferente en cada uno de esos dos niveles es de una
2039 incongruencia, a veces, hasta peligrosa. Y me parece que debería ser un



2040 objetivo fundamental, el poder mantener una sola historia del paciente y que
2041 pudiera ser manejada por todos sus agentes implicados en la salud.

2042 213. Para el desempeño de su trabajo ¿cuenta con un sistema de indicadores
2043 integrado (cuadro de mando)?

2044 Hoy día sí, poco utilizado, pero sí que existe.

2045 214. ¿Cuáles son los desafíos y problemas clave para los administradores de
2046 redes de salud regionales al desarrollar una región de salud en _ ESPAÑA _?

2047 A mi me parece que la prioridad más importante es una alta capacidad de
2048 análisis con empleo de tecnologías informáticas, un buen nivel de priorización
2049 de los problemas analizados y un buen nivel de gestión para implementar las
2050 soluciones priorizadas.

2051 215. ¿Le parece que las redes son una solución a algunos de los retos del
2052 SNS (Sistema Nacional de Salud)? (pedir concretar ejemplo; y si puede
2053 ahondar en retos)

2054 A mí me parece que es la solución a los retos, analizar, priorizar, y ejecutar lo
2055 priorizado. Es decir, una solución sistemática de los problemas importantes,
2056 eso me parece el objetivo fundamental de un sistema de salud.

2057 Al ser los gestores actuales de áreas e incluso de hospitales o de primaria o de
2058 los niveles asistenciales que queramos, desde la acción puramente personal,
2059 generalmente con criterios entendibles y razonables de los políticos, bueno el
2060 problema fundamental es que toman decisiones, no tanto en función de análisis
2061 y priorización de necesidades, sino por motivos de otra naturaleza entendibles

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2062 y presentables pero inadecuados, pienso yo. Es decir, los problemas son
2063 sanitarios, los problemas son derivados del análisis, los problemas son
2064 priorizados y cuantificados, pero no pueden ser los problemas priorizados en
2065 función del interés político, gubernamental, coyuntural, de una circunstancia
2066 determinada. Tienen que llevar ese nivel de estar presentes en la necesidad de
2067 solucionar porque hemos analizado las situaciones. Eso me parece un ejemplo
2068 claro de lo que no debe ser una intervención política.

2069 216. ¿Existen vías de comunicación entre el servicio regional de salud y las
2070 asociaciones no gubernamentales en el modelo de redes?

2071 Existen, pero son escasas e insuficientes.

2072 217. ¿Cuál cree usted que es el papel de dichas asociaciones?

2073 El papel hoy día es pequeño, pero me da la impresión de que el futuro la
2074 intervención de asociaciones de muchas características, pero con la común de
2075 ser no dependiente del gobierno, no gubernamental, probablemente sea el
2076 futuro, sea un tercer sector entre el público y lo privado.

2077 218. ¿Existe una coordinación operativa en el Servicio regional de salud,
2078 según el modelo de redes de salud? ¿Qué aspectos considera mejorables?

2079 Yo no tengo claro que haya una coordinación operativa en el servicio regional
2080 actual, es difícil que tengamos criterios comunes entre atención primaria y
2081 atención hospitalaria, es difícil que se tenga una coordinación operativa entre
2082 un área colindante a otra, es difícil que exista coordinación entre una provincia



2083 u otra, o entre una región y otra. Eso es fundamentalmente, hay una necesidad
2084 absoluta de mejorar eso con un nivel de coordinación mayor.

2085 Debemos tener criterios y objetivos mucho más comunes y cumplibles, es decir,
2086 no sólo los criterios y los objetivos debieran ser comunes, es decir, el objetivo
2087 común, como llegar a el de forma común, sino que deberíamos tener un
2088 conocimiento mayor de los resultados para modifica/ variar las desviaciones de
2089 esa situación.

2090 219. Actualmente, en su servicio de salud ¿qué estrategia se está aplicando:
2091 recortes, desinversión o reasignación como mecanismo de control del gasto
2092 sanitario?

2093 Pues yo creo que en coherencia también con las respuestas anteriores, he
2094 comentado que a mí me parece que lo que mejor calificaría es la situación de
2095 recortes y en algún caso de reasignación de recursos. Es la situación actual.

2096 220. En su opinión, el nivel de Atención Primaria, ¿dispone de los recursos
2097 suficientes para resolver la mayoría de las necesidades de salud de la
2098 población?

2099 Evidentemente no, porque aquellos aspectos que no son puramente
2100 asistenciales están prácticamente desaparecidos, por tanto, nos faltarían
2101 recursos para poder llegar a ese componente de la salud, que no es el
2102 puramente asistencial con el que uno trabaja en primaria.

2103 221. ¿Dispone de información fiable y válida sobre el coste de los procesos
2104 que se aplican en la red de salud?



2105 Yo creo que no existe ahora mismo, la información probablemente existe, lo
2106 que no es utilizada. No existe la información utilizada para tomar decisiones
2107 que implicarían una red de salud.

2108 222. ¿Cuáles son los factores o variables que influyen en que aumenten los
2109 costes?

2110 Pues yo creo que el factor más importante que incluye desde mi punto de vista
2111 en el ámbito sociosanitario son tres: en primer lugar, la propia población y en
2112 cuanto a los factores del envejecimiento y la cronicidad, eso es un factor
2113 importantísimo. Luego está el nivel de tecnología, que conforme va pasando el
2114 tiempo, las tecnologías son cada vez más presentes en el modelo asistencial,
2115 sobre todo, e influyen enormemente en los costes. Y luego tan bien tiene un
2116 papel no desdeñable desde mi punto de vista, los niveles de información de la
2117 población ahora, que no siempre son los adecuados ni orientados desde el
2118 punto de vista razonable.

2119 223. ¿Dispone o se implementan procesos de medición de los resultados y
2120 medición de la eficiencia?

2121 Disponemos de esos sistemas, pero lo que yo creo que desgraciadamente
2122 sucede es que no es útil.

2123 224. En su opinión, la gestión clínica, ¿puede ser una herramienta para la
2124 mejora de la eficiencia microeconómica?

2125 Me parece absolutamente imprescindible.



2126 225. ¿Se aplica la integración horizontal y vertical para alcanzar economía de
2127 escala?

2128 Yo creo que no se aplica en absoluto.

2129 226. ¿Qué opina sobre los temas de promoción y prevención de la salud a
2130 nivel regional en _ESPAÑA_? [Provisión de ofertas de salud, superación de
2131 barreras de acceso, ofertas para grupos objetivo que son difíciles de alcanzar,
2132 etc.] Califique también en una escala del 1 al 10 (10 = excelente, 0 = muy malo).

2133 Pues a mí me parece que existe en algunos casos claramente implantada y
2134 tiene programas muy importantes de organización, desde el cáncer de mama
2135 o el despistaje de cáncer de cuello o los programas de vacunación, pero me
2136 parece que es mejorable en muchos aspectos.

2137 Pues yo creo que actualmente un 8.

2138 227. ¿Considera que nuestro modelo sanitario reconoce la estructura familiar
2139 como un soporte de cuidados?

2140 Yo más que reconocer, es que saben que el modelo familiar es una realidad
2141 porque la mayor parte de nosotros vivimos en entornos familiares es un factor
2142 importante. Que lo utilicemos cotidianamente para el manejo de los recursos
2143 sanitarios creo que es bastante menos frecuente.

2144 228. En caso afirmativo, ¿qué repercusión tiene este enfoque familista de
2145 atención a la salud sobre la sostenibilidad del modelo sanitario español?

2146 Me parece importante, me parece que el enfoque desde el punto de vista
2147 familiar del enfermar es un aspecto muy importante, sobre todo en países como

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2148 España, con una larga longevidad, y con una presencia importante de
2149 cronicidad.

2150 229. ¿Existe algún programa de apoyo al cuidador informal y/o a la familia?

2151 Que yo sepa desde el punto de vista sanitario ninguno, desde el punto de vista
2152 social lo hay, el mayor ejemplo es el de ayuda a la dependencia. Es una ayuda
2153 que se da a la persona dependiente o a al cuidado principal de la persona
2154 dependiente para que pueda llevarse a cabo. Pero desde el punto de vista
2155 sanitario no existe ninguno.

2156 230. ¿Existen redes de apoyo específicas para las familias de pacientes con
2157 enfermedades graves o crónicas? Y en su opinión, ¿son suficientes para las
2158 demandas actuales?

2159 Son claramente insuficientes, existen y forman parte de ese tercer sector que
2160 no es ni público ni privado. Son organizaciones por los propios pacientes o por
2161 intereses de personas que van adquiridos desde un punto de vista cada vez
2162 más trascendente. Pero no existen actualmente desde el punto de vista público
2163 o asistencial.

2164 231. ¿Sería un área estratégica la implementación de más herramientas que
2165 permitan adelantarse a la complicación de un proceso crónico?

2166 Sin duda ninguna este será un camino del futuro, el manejo de la cronicidad
2167 debe ser un manejo de como manejemos a partir de ahora a la asistencia
2168 sanitaria. Porque la realidad que tenemos y que vamos a seguir teniendo cada
2169 vez con mayor intensidad.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2170 232. En su opinión, ¿existe realmente un equilibrio entre las necesidades de
2171 la población y estructura/procesos que ofrece el sistema sanitario?

2172 Un equilibrio real no, pero que el sistema sanitario sí que cada vez con mayor
2173 intensidad pretende asumir esas necesidades si es cierto. Pero por ahora no
2174 estamos alcanzando unos objetivos razonables.

2175 233. ¿Es el modelo de redes el más adecuado para la gestión de los procesos
2176 crónicos?

2177 A mí me parece que sí, por esa capacidad de integración, de niveles, de
2178 situaciones, de servicios, de continuidades, sí que me parece que el modelo de
2179 redes puede tener unos objetivos interesantes.

2180 234. ¿En qué nivel debe de estar ubicado el paciente crónico complejo, en
2181 APS o en AE?

2182 Yo esto lo tengo muy claro desde hace muchísimos años, por definición porque
2183 la realidad es así, los pacientes donde están son en su medio, en su casa, en
2184 su familia, donde está el sistema sanitario que atiende al paciente a su casa y
2185 a su familia es primaria. La visita a los hospitales es circunstancial, por eso la
2186 integración tiene que ser total. El hospital tiene una visión episódica en la vida
2187 del paciente, mientras que su modelo de atención primaria acompaña al
2188 paciente a lo largo de su vida, desde que nace hasta que muere, por tanto, la
2189 cronicidad, su sede natural de atención y manejo y de supervisión es atención
2190 primaria.



2191 235. Desde su perspectiva, ¿qué repercusión tiene la no profesionalización
2192 de la gestión sanitaria en el desempeño de la gestión de una Red de atención
2193 a la salud?

2194 Pues en la línea de lo que estamos hablando, a la repercusión fundamental es
2195 que a veces se alcanza niveles, a veces alarmantes, de incompetencia.

2196 236. ¿Considera que en ocasiones la gestión sanitaria puede estar politizada?
2197 Por definición, en todos los casos, en este momento es España. Salvo que un
2198 político tome decisiones desde el punto de vista de la elección de sus
2199 colaboradores con unos criterios objetivos que te lleven a poner en puestos de
2200 gestión a personas de reconocida cualificación. Salvo ese caso que sería
2201 personal, el sistema lo que propicia es el nombramiento de esas personas que
2202 van a hacerse cargo de la gestión de esos servicios sanitarios desde otro punto
2203 de vista o desde el punto de vista de la opinión personal del gestor que tiene
2204 que tomar la decisión.

2205 237. ¿Cree usted que se podrían evitar muertes en el hospital de pacientes
2206 terminales que desean morir en su casa?

2207 No sólo creo, sino que yo creo que el camino que se está avanzando es ese,
2208 cada vez tenemos muy claro, tanto en el hospital como en primaria que ese es
2209 un deseo y un derecho individual y que una vez que se ha explicado muy bien
2210 la persona tiene que tomar esa decisión, sin entrar en absoluto en condiciones
2211 de tipo religioso o moral.

2212 238. ¿Qué se podría hacer para evitar esta situación?

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2213 Pues evidentemente empezar por ajustar la ley a eso que acabo de hablar. Si
2214 eso es un derecho individual pues que los individuos lo ejerzan, sin presionar a
2215 nadie, sin obligar a nadie, pero que los individuos tengan el derecho a decidir
2216 en que circunstancias pueden producirse su muerte. Que ni la religión, ni la
2217 moralidad imperante, ni un grupo político, ni nadie pueda influir en esa decisión,
2218 sino que el ciudadano, la persona se encargue de tomarla y el sistema, en
2219 consciencia con la ley, tendrá que establecer las formulas para que eso se lleve
2220 a cabo.

2221 239. ¿Tienen un dispositivo de gestión eficaz del duelo?

2222 Nosotros, el médico de primaria o el psiquiatra o el modelo sanitario, atienden
2223 el duelo como un problema de salud más, que eso sea eficaz o no pues no lo
2224 sabemos. Pero si lo hay, un sistema de atención al duelo e incluso figura como
2225 una patología, el duelo patológico. Cuando es una situación que por definición
2226 la vamos a pasar, no podemos considerarla una enfermedad, sólo cuando eso
2227 se sale de unos parámetros de normalidad, podemos considerarla una
2228 enfermedad. Mientras tanto no es una enfermedad, es una situación por la que
2229 desgraciadamente a todos se nos va a originar una causa, origina una situación
2230 de duelo.

2231 240. ¿Existe una integración de todos los recursos de cuidados paliativos en
2232 su servicio regional de salud? ¿cómo se estructura?



2233 Pues no, no existe por dos razones, existen grupos de profesionales que
2234 ejercen cuidados paliativos en el hospital y en primaria y salvo la buena
2235 voluntad no hay un nivel de integración y coordinación especificado.

2236 241. ¿Qué estrategia plantearía para la derivación del paciente terminal a
2237 atención especializada sin pasar por la puerta de urgencias del hospital?

2238 La estrategia en ese caso, como en todos los casos, se facilita por una
2239 comunicación directa y personal entre dos especialistas, como son el médico
2240 de primaria y el especialista correspondiente. Es decir, no trasladar a un
2241 enfermo sino comentar un problema. Y en el caso de que sea necesario
2242 movilizemos el enfermo. Pero la solución telemática o la solución de contacto
2243 personal, aunque sea telefónico, solucionaría muchísimos problemas sin
2244 necesidad de pasar por urgencias, salvo que pasar por urgencias sea una
2245 cuestión puramente administrativa.

2246 242. ¿Hay desigualdades en el tránsito del paciente, una vez se accede al
2247 sistema sanitario? ¿Podría nombrarlas?

2248 Creo que las hay, pero son inherentes a los servicios públicos, probablemente
2249 la más habitual es que razones de proximidad geográfica o por razones
2250 culturales o personales hacen que haga uso de los servicios, no precisamente
2251 el que más lo necesita, sino el que por razones geográficas tiene más
2252 accesibilidad o por razones personales tienen más accesibilidad y eso es casi
2253 inherente a los servicios en el que la posibilidad de acceder a ellos es universal,
2254 como en el español. Una persona no tiene ningún problema para atender y ser

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2255 atendida por su médico, ser atendida en el servicio de urgencias o sea donde
2256 sea. Entonces depende mucho de las condiciones individuales y tan bien de la
2257 información social de que se disponga de lo necesario que es que, se acuda a
2258 un sitio, o se demanden se requieran servicios cuando realmente se necesitan.

2259 243. Teniendo en cuenta que el 85% de los problemas de salud se atienden
2260 en APS (atención primaria de salud). ¿Por qué no se está llevando a cabo la
2261 gestión desde APS de los ciclos completos de atención a la salud?

2262 Bueno yo creo que eso es un objetivo, esa es una realidad, pero el objetivo
2263 debe tender a eso, por una cuestión puramente natural. Y es que como he dicho
2264 antes donde crecen y se desarrollan las personas es en su medio natural y la
2265 única estructura sanitaria que está en su medio natural es el médico de atención
2266 primaria.

2267 244. ¿Considera que la gestión de casos puede ser una herramienta que
2268 facilite la coordinación entre los niveles asistenciales?

2269 Yo creo que puede ser un buen instrumento, la dificultad es que no existe
2270 realmente como situación, hoy, de los sistemas de salud.

2271 244.1. ¿Existe en su CCAA gestión de casos?

2272 No, absolutamente no.

2273 245. En caso afirmativo, ¿está implementada por áreas o en todo el servicio
2274 regional de salud?

2275

2276



2277	Project-ID:	2019-1-DE01-KA203-005025
2278	Country:	Spain
2279	Institution:	Universidad Católica San Antonio de Murcia
2280	Interview code:	Entrevista 4

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2281

ENTREVISTA 4

2282 1. ¿Cree que en nuestro entorno sanitario se aplica el modelo de RASs? (redes
2283 de atención a la salud) ¿a qué nivel?

2284 Yo creo que en contadas ocasiones y siempre referido a la comunicación
2285 primaria y a la hospitalaria, fuera de ahí es muy raro que se utilice ese contexto.

2286 2. ¿Qué tareas y actividades principales deben cumplir los administradores de
2287 redes de salud en ESPAÑA?

2288 Deben ser actividades generadoras de flujos entre los diferentes integrantes de
2289 la red y con suficiente conocimiento con los diferentes niveles asistenciales. Y
2290 sobre todo la estructura social, así como capacidad de liderazgo que tengan
2291 para gestionar la interacción de dichos niveles.

2292 3. . ¿Qué organizaciones serían adecuadas para emplear a un administrador o
2293 gestor regional de redes de salud en _ ESPAÑA _? (p. ej., municipio, unidades
2294 primarias de salud, profesionales autónomos, etc.) ¿Desde qué organización
2295 de las que pueden integrar una red de salud sería adecuado incluir a un
2296 administrador?

2297 Yo creo que la organización adecuada serían unidades de atención primaria,
2298 que son las más cercanas a la población y que pueden conocer en mayor
2299 medida su estructura familiar y sobre todo los grupos de riesgo, así como las
2300 necesidades que tienen esos grupos de riesgo.



2301 También podríamos hablar a nivel de ayuntamiento, que tan bien es lo más
2302 cercano y se pueden detectar muchas necesidades sociales y sanitarias que
2303 no llegan de otra forma.

2304 4. . ¿Qué importancia tienen los administradores/gestores de redes de salud para
2305 la atención de salud regional en _ ESPAÑA?

2306 En el caso de que existieran redes de salud como tal, sería muy importante la
2307 posición de objetivos comunes, sin estos administradores no sería posible casi
2308 nunca poner de acuerdo a los diferentes niveles asistenciales y la coordinación
2309 entre estos integrantes de la red.

2310 5. ¿Con qué dimensiones de la salud cree que se relaciona el trabajo de los
2311 administradores de redes regionales de salud en _ ESPAÑA _? [Si el
2312 encuestado tiene dificultades para responder la pregunta, enumere las
2313 dimensiones: física, social, mental, espiritual, emocional o sexual]

2314 Sobre todo, a todos los niveles, es decir, hablo como enfermero que soy, y
2315 estamos acostumbrados a tener una formación poco más de conjunto de lo que
2316 son las necesidades de la población. Entonces yo creo que todos los aspectos
2317 de la población tienen que ver y tiene que ser integrados en esas necesidades,
2318 en sus recursos, en eso es en lo que tendría que ver, que el administrador de
2319 esa red de salud tiene implicación, no sólo hablamos de patologías, no
2320 hablamos solamente de comunicación, hablamos de aspecto sociales,
2321 mentales, de aspectos de estilos de vida, tienen que ser una cosa mucho más
2322 amplia, que de lo que realmente es hablar de patología. Actualmente o muchas

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2323 veces se ha centrado solamente las necesidades de salud del paciente o de la
2324 población.

2325 6. ¿Con qué organizaciones y partes interesadas deberían trabajar / cooperar los
2326 gerentes de redes de salud regionales en _ ESPAÑA _?

2327 Básicamente con los equipos de atención primaria, con los centros de
2328 especialidades, que están así como un poco olvidados y parecen que son como
2329 si dijéramos el paso intermedio entre el nivel hospitalario y el nivel de primaria,
2330 las comunidades de farmacia comunitaria, asociaciones de vecinos,
2331 voluntariado, ONG, ayuntamientos, como hemos comentado antes, es decir,
2332 todas esas clínicas privadas que están en a la zona de salud, todo ese tipo de
2333 estructuras son las que tendrían que tenerse en cuenta a la hora de establecer
2334 una red de salud importante.

2335 7. ¿Qué competencias y cualificaciones necesitan los gerentes regionales de
2336 salud en _ ESPAÑA para poder realizar las tareas / actividades centrales
2337 mencionadas anteriormente? (gestión, liderazgo, investigación, tecnologías
2338 sanitarias, comunicación...)

2339 Yo creo que como hemos hablado antes, es decir, debe ser posiblemente el
2340 profesional más completo de toda la red, es decir, debe ser un profesional que
2341 esté implicado, es una persona que tiene una labor muy complicada y muy
2342 difícil, y es muy difícil encontrar ese profesional, que aparezca de una
2343 generación espontánea. Por lo que yo creo que se debería formar previamente
2344 para poder acceder a ese puesto de trabajo.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2345 8. ¿Qué determinantes sociales de la salud según el modelo de la OMS son
2346 importantes en términos del trabajo como administrador de la red regional de
2347 salud en _ ESPAÑA _? [En el sentido del modelo determinante según Dahlgren
2348 y Whitehead, 1991 - Si el entrevistado tiene dificultades para responder la
2349 pregunta, muestre el modelo en forma impresa.]

2350 Yo creo que es importante los factores relacionados con los estilos de vida,
2351 todos los estudios indican que la mayor parte de los beneficios que tiene el nivel
2352 de salud de la población sobre los estilos de vida de esa población, pero tan
2353 bien tendría que tener en cuenta aspectos como las condiciones
2354 socioeconómicas, las soluciones ambientales y eso en los ayuntamientos, y las
2355 asociaciones tienen mucho que ver en ese tipo de información. Sobre todo,
2356 para llegar a las poblaciones de riesgo o especialmente vulnerable en algunas
2357 situaciones muy concretas, situaciones como problemas con complejidad,
2358 problemas sociales complejos, sin redes asistenciales y sociales que puedan
2359 apoyar en la mejora de la población, es decir, debería de ser una visión más
2360 global de lo que se está haciendo, o se puede hacer ahora mismo con lo que
2361 tenemos y con los recursos.

2362 9. ¿Qué temas deberían priorizar/analizar los gerentes regionales de salud en _
2363 ESPAÑA _? [Si el encuestado tiene dificultades para responder la pregunta, dé
2364 ejemplos: tipo de grupos objetivo, entornos, comportamientos ...]

2365 En primer lugar, creo que deberían de conocer la estructura de integración de
2366 a la red, es decir, no se puede empezar a trabajar sino se conoce realmente

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2367 con lo que se cuenta. Y analizar los objetivos comunes, que hay que saber que
2368 puedan llegar a cuestionarse, que líneas de comunicaciones existen entre ellas.
2369 Es importante que se sepa qué componentes tiene esa red o puede tener esa
2370 red, qué coherencia y que objetivos comunes puede tener esa red, sino es
2371 imposible que se lleve a cabo.

2372 10. Según su experiencia, ¿cuáles de los siguientes aspectos son ventajas del
2373 trabajo en redes? ¿es posible?:

2374 • Objetivos comunes: sí, es importantísimo, es uno de los principales temas que
2375 tiene que tratarse en las redes.

2376 • Información interdependiente y cooperativa: también es importante, yo creo que
2377 es importante porque si no hay esa información interdependiente, es decir, sino
2378 hay información, no es posible acoplar esos objetivos comunes. Es decir, es una
2379 cosa que va ligada a la otra.

2380 • Mejores resultados de salud: es importante tener información de las mejoras de
2381 salud, de poder medir esos niveles de salud, de poder valorar las respuestas de
2382 esas redes, es decir, es importante si se ponen en marcha redes de salud, si se
2383 ponen en marcha objetivos comunes, poder medirlos y poder saber qué es lo que
2384 se está haciendo, sino no tendría sentido. Hacer por hacer no merece la pena.
2385 Podemos llegar a sitios que no nos van a llevar a lo que queremos conseguir.

2386 • Consenso y negociación de soluciones: importantísimo, sobre todo porque van
2387 a entrar en acto diferentes actores, valga la redundancia, que no siempre tienen o
Com.He.Net. *Spain*

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2388 no siempre han tenido un objetivo común, y que, en un momento dado, ese
2389 consenso y esa negociación va a ser necesaria, para conseguir esos objetivos
2390 comunes. Sino cada uno va a tirar para un lado y va a ser bastante difícil llegar a
2391 unos objetivos.

2392 • Calidad de servicios: la calidad tiene que ser intrínseca al servicio, no me
2393 planteo que haya un servicio en el cual no se plantee por sí mismo que sea de
2394 calidad.

2395 • Calidad de vida: es importante tan bien lo que hemos hablado antes, es decir,
2396 no solamente los aspectos de patología sino tan bien la situación medio ambiental,
2397 económica, de salubridad, alimentación, recursos...

2398 • Control de costes y mejora de la eficiencia: está muy relacionado con el tema
2399 de la calidad, es decir, lo que hemos hablado antes, sino sabemos lo que debemos
2400 hacer, como medirlo, si podemos llegar a unos objetivos, es bastante difícil
2401 conseguirlo.

2402 • Generar valor para la población: eso es importantísimo, principalmente, porque
2403 si la población no es consciente de lo que estamos haciendo por la población y a
2404 la población no le es importante, no le genera un valor añadido, es bastante difícil,
2405 que la población se involucre en esta situación. Hemos hecho muchísimas cosas
2406 que a nivel sanitario sobre todo pensando en la población, sin contar con la
2407 población y sin pensar que la población nos daba ese beneficio. Y al final nos

2408 hemos encontrado que hemos hecho muchas las cosas pensando en la red social,
Com.He.Net. *Spain*

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2409 pensando en el tema asistencial, pensando en el actor sanitario, que era el que
2410 tenía el conocimiento y el poder de hacer las cosas y luego a el usuario muchas
2411 cosas les daba igual.

2412 11. ¿Es posible que las redes en salud ofrezcan la oportunidad de monitorizar y
2413 evaluar mejor la atención sanitaria? ¿en qué aspectos?

2414 Yo creo que sí es posible, y sobre todo identificar la accesibilidad a los
2415 sanitarios, medir los resultados de salud, no sólo los resultados de procesos
2416 asistenciales, que es lo que hemos hablado antes, es decir, facilitar, identificar
2417 los objetivos de los integrantes en la red con mayor facilidad y posibilitar la llega
2418 de eso objetivos comunes, sino es imposible llevar a cabo eso.

2419 12. ¿Considera que las redes favorecen o facilitan la difusión de los conocimientos
2420 de los expertos a la población?

2421 Sí, por supuesto, considero que favorecen y facilitan muchísimo todo eso.

2422 13. ¿Le parece que la integración de los servicios en el modelo de redes mejora la
2423 flexibilidad del sistema y permite mayor participación de actores no estatales y
2424 de usuarios?

2425 A ver creo que mejoraría siempre y cuando los expertos nos dejemos aconsejar
2426 y seamos permeables a las necesidades de todos. Si los expertos nos
2427 empeñamos en que nosotros tenemos razón y que somos los que vamos a
2428 salvar la situación pues entonces es bastante difícil que consigamos eso.
2429 Entonces sí creo que mejoraría, siempre y cuando consideremos que tenemos



2430 que dejarnos aconsejar por otros actores de la red, que también tienen
2431 información, incluso mejor que la nuestra y utilizar esa información.

2432 14. ¿Cree que pueden jugar algún papel en abordar cuestiones geográfico-
2433 poblacionales como la dispersión, baja densidad poblacional, o alta densidad y
2434 complejidad en demandas/necesidades?

2435 Por supuesto que juegan un papel importante, la estructura de la población
2436 debe ser determinante en el establecimiento de los servicios sanitarios. Uno de
2437 los principales problemas actuales que hemos tenido han sido los desfases de
2438 las necesidades de la población y los recursos que se han ofrecido o que se
2439 han puesto en marcha para esa situación. Sin tener en cuenta los cambios
2440 demográficos, los cambios estructurales asistenciales. Sobre todo, hemos
2441 establecido estructuras asistenciales muy poco flexibles, muy poco moldeables,
2442 y a lo largo del tiempo la situación ha cambiado y esas estructuras se han
2443 mantenido y no ha servido para resolver las necesidades de la población.
2444 Entonces es importante, por supuesto que sí.

2445 15. ¿La implementación de redes de salud puede suponer una dificultad en la
2446 rendición de cuentas debido a la participación de diferentes actores?

2447 Yo creo que no tiene por qué, si se definen bien los objetivos y los responsables
2448 de la consecución de esos objetivos, no tendría por qué ser un problema. El
2449 problema es que, si no se definen bien los objetivos y no quedan claros esos
2450 objetivos, a la hora de identificar han sido los errores, por ejemplo a la hora de



2451 conseguir esos resultados, sino también los responsables es bastante difícil
2452 encontrar oportunidades de mejora que no se diluyan en responsabilidades y decir,
2453 pues esto no era mío, esto si es mío... yo creo que sí es importante, siempre y
2454 cuando se definan los objetivos claramente, y quienes son los responsables de
2455 cada uno de los objetivos.

2456 16. ¿Usted cree que las redes pueden ralentizar los procesos de negociación y los
2457 consensos?

2458 Sí, al intervenir un número mayor de actores de negociadores, pero si se hace
2459 bien, lo que te decía antes precisamente, hacer un mayor número de actores
2460 puede ser que trabajando conjuntamente en un objetivo común, puede ser más
2461 fácil, es decir, nos puede ayudar, en el caso de que los objetivos estén
2462 delimitados y los actores se ajusten a cuál es el objetivo de trabajo. Pero si no
2463 se hace bien, el tener negociación y consenso entre varios actores, puede llegar
2464 a dificultarlo, entonces por eso es importante mantener bien los objetivos
2465 comunes, ver las responsabilidades de cada uno de los actores de esa red y
2466 parte de esa red le corresponde a desarrollar cada uno de ellos, eso es
2467 importante. Puede ser un arma de doble filo, o muy bueno si se consigue hacer
2468 ese trabajo de marcar bien que queremos hacer y como lo queremos hacerlo,
2469 o al contrario puede ser muy malo sino se marca bien desde el principio, y
2470 llegamos a unas negociaciones que al final son enfrentamientos en vez de
2471 negociaciones.



2472 17. ¿Considera usted que existen más problemas de control y coordinación de la
2473 interdependencia en el trabajo en redes que bajo otro modelo?

2474 Sí, yo creo que sí puede haber más problemática de control y sobre todo de
2475 interdependencia. Sino hay un trabajo previo bien estructurado si puede haber
2476 más problemas.

2477 18. En la gestión sanitaria en redes, ¿considera usted que existe cierta
2478 inespecificidad en los criterios de participación que favorezcan la exclusión de
2479 actores sociales importantes?

2480 Totalmente de acuerdo, no tener claros esos aspectos lo que hace que se
2481 quedan fuera actores importantes a nivel social, es decir, estamos
2482 acostumbrados a lo que hemos comentado también antes, estamos
2483 acostumbrados a hacer algo para la población sin contar con la población.
2484 Estamos acostumbrados a hacer algo pensando que los demás tienen que
2485 seguirnos, lo que nosotros hemos ideado, y es importante que, si no existe esa
2486 participación importante desde el inicio, sí puede haber aspectos que no se
2487 tengan en cuenta, y que dejen fuera a actores importantes para los resultados
2488 de esos objetivos. Es esencial.

2489 19. En su opinión, el modelo de gestión de área unificada, ¿da respuesta a las
2490 necesidades de integración de los servicios sanitarios?

2491 Creo que da respuesta a muchas cosas, pero no a todas las situaciones, no
2492 creo que sea la panacea, no creo que sea la solución de todas las situaciones,
2493 pero sí que es verdad que, al tener una gerencia unificada, muchos de los

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2494 problemas se pueden ver desde un punto de vista multifactorial. En una
2495 situación muy estructurada, normalmente eso no se hace.

2496 20. ¿Considera que existe una Política de coordinación horizontal dentro de cada
2497 nivel asistencial?

2498 Yo creo que no existe una coordinación horizontal, los diferentes puntos de
2499 atención de salud en la actualidad, sí tiene diferencias en el peso y en la toma
2500 de decisiones por parte de la organización, es decir, ahora mismo sí hay un
2501 desnivel a la hora de tomar decisiones y tomar la iniciativa, y eso hace que no
2502 exista realmente una coordinación horizontal real. A lo mejor a nivel de papel o
2503 a nivel conceptual sí, pero luego a la hora de ejecutivo no existe tal coordinación
2504 siempre.

2505 20.1. ¿qué opina sobre ello?

2506 A ver, creo que es importante porque da cabida a diferentes actores dentro de lo
2507 que es la actuación sanitaria, pero como hemos dicho antes, sino nos planteamos
2508 objetivos comunes, sino nos plantemos quién realiza y qué capacidad tiene cada
2509 uno para realizar esos objetivos, pues es bastante difícil a la hora de hacer y
2510 siempre al final sino está planteado desde el principio y esa forma bien ilustrada,
2511 siempre hay alguna parte horizontal que tiene más peso, ya que se lleva como si
2512 dijéremos “el gato al agua”. Estamos hablando de recursos humanos, de recursos
2513 materiales, empoderamiento de una parte de la organización con respecto a otra,



2514 es bastante complicado sino se tiene desde el principio bien marcada la
2515 delimitación.

2516 21. ¿Existe la gestión por procesos dentro de la red de atención a la salud?

2517 Yo no la conozco, no te digo que no exista, pero yo no la conozco. La conozco
2518 a nivel teórico, pero a nivel práctico yo no la conozco.

2519 22. ¿Cree que existe suficiente coordinación vertical entre los dos niveles
2520 asistenciales?

2521 No siempre, existen muchos procesos en los cuales hay pozos de ineficiencia,
2522 con respecto a la organización actual, si hay muchos lugares en los cuales la
2523 organización debería hacer hincapié en mejorar ciertos aspectos y no siempre
2524 se hace. Entonces yo creo que no siempre.

2525 23. En su opinión, ¿el uso centralizado de recursos de alta tecnificación puede
2526 confundirse con una gestión verticalizada? Es decir, si los recursos en primaria
2527 tuvieran más capacidad de resolución y no tuvieran que derivar a hospitalaria.

2528 Yo creo que sí sería posible y de hecho actualmente sí hay una tendencia a
2529 que los equipos de atención primaria sean más resolutivos a la hora de resolver
2530 los problemas de salud de la población. Pero yo creo que no es tanto una
2531 orientación real a que el equipo de primaria sea sobre el que pivote toda la
2532 asistencia, sino tan bien las medidas que se han tomado desde mi punto de
2533 vista, para descongestionar un sistema hospitalario o un sistema de
2534 especializada que no da actualmente solución al volumen de peticiones que



2535 tiene. Es decir, lo que se ha hecho es intentar que la primaria asuma en un
2536 momento dado, más capacidad de trabajo y más en teoría, resolución, pero no
2537 siempre con el objetivo de que sea en primaria la que tenga la posibilidad de
2538 resolver de una forma más cercana al paciente y a sus necesidades, sino el
2539 descongestionar una parte de atención hospitalario o especializada está
2540 sobrecarga de trabajo.

2541 24. ¿Existe coordinación con otros sectores? ¿con qué sectores? En caso
2542 negativo, o si señala muy pocos, ¿cuáles habría que incorporar?

2543 Muy poco, yo me atrevería a decir, que casi ninguna. Yo incorporaría, por
2544 ejemplo, el tema de las farmacias comunitarias, los ayuntamientos, es decir,
2545 estamos trabajando muy a espaldas de esas organizaciones, o asociaciones
2546 de vecinos, sí que hay equipos de atención primaria o zonas básicas de salud,
2547 que sí intentan trabajar o que tienen incluso mucho trabajo con estas
2548 estructuras, pero no está hecho de una forma generalizada, es decir, depende
2549 mucho también de los equipos. De quién trabaja en el equipo, de qué relación
2550 tiene personal muchas veces con esas organizaciones, entonces, no siempre
2551 hay una coordinación con otros sectores de una forma institucional, es más
2552 algunas veces algo personal que del sistema, de las estructuras de la
2553 administración.

2554 25. ¿Cree que existe una adecuada coordinación de los Servicios sociales y
2555 sanitarios?



2556 No, yo creo que no hay una adecuada coordinación. Hay coordinación
2557 solamente en momentos puntuales, que sí existe una coordinación, y sobre
2558 todo se hace más evidente ahora que estamos con el tema de la Covid-19, se
2559 hace más evidente, tanto los errores de esa coordinación, como las
2560 posibilidades de esa coordinación. Es decir, se ha puesto en marcha ahora
2561 mismo redes o líneas de coordinación y comunicación entre varios sectores, de
2562 una forma más rápida por la necesidad de la crisis, que en muchos años de
2563 plantear que existía esa necesidad y que había que hacerlo. Tenemos que
2564 hacer, tenemos que hacer... pero nunca se llegaba a hacer nada. Ahora, o bien
2565 se han identificado esos focos de ineficiencia o bien se han estructurado
2566 mecanismos para resolver de una forma rápida, que bueno yo creo que la crisis
2567 sirva para eso, para identificar cosas que no se hacía bien y también para
2568 identificar cosas que se pueden hacer mejor. Yo creo que tenemos que
2569 aprender en esta crisis, que esa coordinación se puede hacer, en muchos
2570 momentos se está haciendo, se ha hecho y no caer otra vez en lo que
2571 estábamos, en lo que teníamos antes.

2572 25.1. ¿cómo se lleva a cabo esta coordinación?

2573 A ver, por ejemplo, el tema de derivación de pacientes, el tema de valoración
2574 conjunta, el tema de conocimientos de otros actores de esa coordinación, es decir,
2575 nosotros hablo por ejemplo del equipo de primaria dónde yo trabajo actualmente,
2576 el tema de poder identificar a las personas con las que estás trabajando para



2577 atender a la población y que antes solamente lo había mediante una reunión o un
2578 correo electrónico, es decir, al capacidad de poder contactar y de poder acceder a
2579 esos diferentes actores es ahora mucho mayor porque lo que es la recepción o la
2580 predisposición a ese trabajo conjunto es ahora mayor que antes, que era mi
2581 trabajo, mi parcela, mi sector, y como no tenía necesidad de otras cosas más, pues
2582 no salía de mi zona de actuación. Ahora esto nos ha obligado a trabajar en ese
2583 sentido, en muchas cosas que antes ni nos hubiéramos planteado y que cuando
2584 en alguna reunión, en alguna situación en un grupo de trabajo se planteaba era
2585 algo como “si si..., todos estamos de acuerdo que tenemos que trabajar más con
2586 la trabajadora social, tenemos que hablar con las asociaciones de vecinos,
2587 tenemos que hablar con el ayuntamiento”, pero nunca llegábamos a esa
2588 reuniones, nunca llegábamos a esa coordinación. Y cuando llegábamos a una
2589 coordinación de ese tipo que intentábamos llegar, cada uno estaba en su parcela,
2590 cada uno defendía su parcela y no siempre llegábamos a los objetivos comunes
2591 que son los que teníamos.

2592 26. ¿Qué opina sobre el sistema de salud actual a nivel regional en ESPAÑA?

2593 [Provisión de ofertas de salud, superación de barreras de acceso, ofertas para
2594 grupos objetivo que son difíciles de alcanzar, transparencia de las estructuras
2595 en el sistema de salud, etc.] Califique también en una escala del 1 al 10 (10 =
2596 excelente, 0 = muy malo).



2597 Yo creo que es bastante mejorable, está bien, pero es bastante mejorable. Lo
2598 que te he comentado antes, en situaciones como las que estamos viviendo
2599 ahora que aprecia que todo iba bien, que todo era perfecto, ahora se ve que
2600 había muchas situaciones en las que se puede mejorar bastante, no estamos
2601 mal, pero hay muchos focos, en los cuales habría que pararse muchísimo, y es
2602 bastante fácil identificar en las situaciones de crisis las mejoras que se pueden
2603 hacer y dónde tendríamos que trabajar.

2604 Entre un 6-7.

2605 27. ¿Existen diferentes catálogos de servicios sanitarios en su servicio regional de
2606 salud?

2607 En nuestra zona yo no lo conozco, no lo tengo claro.

2608 27.1. ¿y con respecto a otras regiones?

2609 Sí, eso sí. Sí que es verdad que es más fácil identificar la cartera de servicios
2610 que tiene cada comunidad autónoma y sí que es verdad que sí se identifican
2611 fácilmente lo que hace una o lo que hace otra o lo que puede hacer una y no
2612 hacer otra. Pero dentro de lo que es la CC.AA. no lo tengo claro, pero sí hay
2613 diferencias con respecto a otras comunidades.

2614 28. ¿Qué opina sobre la aplicación del copago a más servicios sanitarios, además
2615 de farmacia ambulatoria?

2616 Yo creo que el copago debería de ser utilizado solamente en casos muy
2617 concretos y casi como modo de penalización ante el mal uso de la red sanitaria,
2618 es decir, no como un medio de cofinanciación del sistema, que para eso están

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2619 los impuestos, sino más bien como una forma de identificar la
2620 corresponsabilidad del usuario y de los sistemas sanitarios con respecto a
2621 financiación y gasto de esos recursos. Es decir, no solamente el tema del
2622 copago que se plantea, hay una parte de la población que gasta más recursos
2623 y, por lo tanto, tiene que asumir una parte del pago, yo creo que eso no siempre
2624 es equitativo y no siempre es igualitario para la población. Pero, sí que es
2625 verdad, que sí considero que se debe hacer una parte de copago o de
2626 penalización cuando el uso de los recursos no es el adecuado. Por ejemplo,
2627 cuando una persona es atendida por unas anginas a las 12 de la mañana en la
2628 puerta de urgencias de un hospital, cuando su centro de salud está abierto o
2629 cuando está una persona una semana con fiebre y va un sábado por la tarde-
2630 noche a un centro hospitalario o una puerta de urgencias. Creo que eso hace
2631 que el sistema sea menos eficiente, que se retraigan recursos para atender
2632 cosas más urgentes, y eso si debería de ser utilizado para si realmente no es
2633 una emergencia, ya que tiene otros recursos a su disposición para poder
2634 utilizarlos, pues se pueda cofinanciar, es decir, es como si dijéramos “yo no
2635 hago uso de los recursos de una forma responsable, pues yo tengo que
2636 hacerme cargo de esa parte de financiación, por utilizar más los recursos. Eso
2637 tiene una doble cara, es decir, puesto que, si me vas a cobrar, me vengo aquí,
2638 pago y ya está”, pero yo creo que habría que cuidar mucho la responsabilidad
2639 del usuario.

2640 29. ¿Qué opina del copago en general?

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2641 El copago en general a mí no me gusta, creo que el copago lo que hace son
2642 identificar ineficiencias del sistema, es decir, las personas que tienen que hacer
2643 un copago no siempre son las personas que gastan más recursos, y no siempre
2644 son las personas con más recursos para poder gastar. Es decir, el hecho de
2645 que, en el caso de los copagos farmacéuticos, creo que la farmacia tiene que
2646 ser subvencionada, si se decide así, por el sistema y no sancionada a una
2647 persona que puede que tenga o no recursos para hacer ese copago, lo cual, ya
2648 lo hemos visto, porque nosotros en primaria lo hemos visto en algunos
2649 pacientes, sino tienes recursos para poder hacer ese copago a la farmacia,
2650 pues deja de tomarse la medicación y eso supone una complicación y colapsas
2651 el sistema, porque ese paciente no hace lo que tiene que hacer. Si, por ejemplo,
2652 el copago sería eso, si tú haces un abuso de esa medicación en farmacia pues
2653 tienes que pagarlo, hemos tenido durante mucho tiempo una laxitud con el tema
2654 de la farmacia, de manera que, si a alguien se le olvidaba la medicación en la
2655 playa, pues se le hacía otra receta y sacaba otra caja de medicación. Pero
2656 también, por ejemplo, en nuestra comunidad, con el tema de la receta
2657 electrónica, se ha recortado mucho, es decir, tú tienes una medicación
2658 prescrita, que es la que tienes durante un tiempo, y tienes que ir a la farmacia.
2659 Eso permite que si se me olvida en la playa o si quiero una medicación en la
2660 farmacia voy y me al tengo que pagar. Hay cosas que se han ido solucionando
2661 poco a poco. Pero en general, a mí el copago intentaría utilizarlo para cosas
2662 muy concretas y no para una necesidad básica como es una medicación.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2663 30. En su opinión, su servicio de Salud ¿ofrece una atención sanitaria universal?

2664 ¿cómo se implementa?

2665 En teoría sí, ahora mismo, ha habido momentos en los que no, en función y
2666 sobre todo porque ha ido en función de los cambios políticos que ostentan el
2667 poder, o quien está en el gobierno en ese momento. Yo creo que es importante
2668 que exista sin tener en cuenta quien está gobernando en ese momento. Pero
2669 yo creo que ahora mismo sí existe una atención universal.

2670 A ver, en principio, todos los pacientes, todos los usuarios pueden ser atendidos
2671 en una parte del sistema sanitario y en principio, hasta ahora por lo que yo sé,
2672 todos los usuarios podrían tener acceso a cualquier parte de la asistencia
2673 sanitaria en función de sus necesidades.

2674 31. ¿Qué opina sobre la financiación local de los servicios sanitarios, como ocurre
2675 en Alemania?

2676 Pues a mí no me parece adecuada, creo que la administración tiene que
2677 hacerse cargo de eso, y no estoy muy de acuerdo en que el usuario tenga que
2678 pagar una parte en función de la localidad dónde viva, con seguros privados
2679 que se complementen con la sanidad, es decir, yo creo que la administración
2680 es al que tiene que hacerse cargo de esa administración sanitaria y en principio,
2681 lo que hacen en Alemania o en algunas zonas más, no me parece correcto.

2682 32. ¿Qué opina de los recursos para la atención sanitaria a nivel regional en _
2683 ESPAÑA_? [recursos materiales, fondos del proyecto adquiridos, conocimiento
2684 e información, recursos sociales]



2685 Yo creo que hay muchos recursos a disposición pero que están mal
2686 dimensionados y con espacios estanco. Por ejemplo, no hay una flexibilidad
2687 presupuestaria, si en un momento dado los recursos materiales son necesarios
2688 y no hay prepuesto para esos materiales, se podría utilizar para eso. Lo que
2689 me preocupa es que estamos tan estancados con respecto a lo que son los
2690 recursos de atención sanitaria, que en gestión de esos recursos
2691 administrativamente no tienen posibilidad de flexibilizar la utilización de esos
2692 recursos. Es decir, para mover unos recursos de un lado a otro cuesta
2693 muchísimo trabajo y luego en función de la necesidades de la población, sino
2694 en función de la capacidad administrativa que tengas para movilizar esos
2695 recursos, las acciones sociales o sindicales, de que incluso el trabajador o los
2696 trabajadores quieran o no quieran realizar ese trabajo, por ejemplo, el hecho
2697 de movilizar ahora con el tema de la crisis, si se hubiera tenido que hacer como
2698 se ha hecho en Madrid, movilizar recursos de un centro sanitario a otro, pues
2699 eso en otros momentos que no sean en momentos de crisis no sería posible,
2700 aunque las necesidades existieran. Podemos tener recursos sin utilizar o
2701 infrutilizados en un lado y en otros sitios hacer falta recursos y eso hace que
2702 haya unos focos de ineficiencia bastante importantes.

2703 33. ¿Considera que el modelo de financiación actual permite o es suficiente para
2704 la financiación de los servicios sanitarios?

2705 Sí, yo creo que sí permitiría esa financiación, los recursos son limitados en un
2706 momento dado, pero si permite que se financien los servicios como debería,

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2707 siempre y cuando podamos hacer esa flexibilidad y ese reajuste en función de
2708 la necesidad real.

2709 34. ¿Considera que el modelo de gestión de área unificada favorece la gestión de
2710 las redes de salud?

2711 Sí, yo creo que plantearse un modelo de redes de salud sin tener área unificada
2712 sería un error. El primer paso desde el punto de vista sanitario, para establecer
2713 la red sanitaria de salud sería tener una gerencia unificada, que no tuvieran un
2714 estamento más a la hora de establecer la atención sanitaria.

2715 35. ¿Considera que este modelo de gestión recoge los conceptos de integración
2716 horizontal y vertical contemplados en las redes?

2717 Sí, yo creo que sí.

2718 36. ¿Se lleva a cabo una verdadera gestión sanitaria en el área de salud?

2719 A ver en algunos aspectos creo que es muy mejorable, depende mucho de la
2720 supremacía que tiene un nivel asistencial sobre otro. Hemos hablado también
2721 en las preguntas anteriores, la hegemonía aún del modelo hospitalocentrista es
2722 muy importante en nuestro sistema sanitario. Una gestión sanitaria en el centro
2723 de salud no siempre es llevada de una manera efectiva porque aún queda un
2724 poso de hospitalocentrismo y de tecnificación sanitaria que hace que los
2725 recursos vayan más centrados a una parte del sistema sanitario que a otra.
2726 Sabiendo todo el mundo, porque cuando hablas con los gestores, todo el
2727 mundo sabe cuál la puerta de entrada al sistema sanitario, controlar el flujo de
2728 pacientes, la tiene que identificar la situación de los pacientes de los más

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2729 vulnerables, pero aun así los recursos siguen dirigiéndose en mayor medida a
2730 una parte hospitalaria o especializada, que a otros recursos de atención
2731 primaria.

2732 36.1. ¿de qué factores depende?

2733 Pues depende mucho de las personas, es decir, depende mucho de quien tenga
2734 la posibilidad de gestionar esa área, no tanto de su preparación sino de su
2735 compromiso con los integrantes de esa área. Me explico: una persona que dirige
2736 o gestiona un área, en la que su origen o sus relaciones personales tengan más
2737 fuerza a nivel hospitalario, actualmente por lo que yo conozco, va a tirar más hacia
2738 el hospital que una persona que dirija un área y que venga o provenga o tenga una
2739 experiencia más en la dirección de atención primaria. Depende mucho de quién
2740 ocupe esos puestos de gestión más que de la estructura y los objetivos que tenga
2741 esa área.

2742 37. ¿Es necesario tener una titulación sanitaria para completar la capacitación
2743 regional como gerente de salud?

2744 Relacionado con lo que hemos hablado hace un momento, yo creo que sí sería
2745 importante, es decir, sería importante que quién ocupe ese puesto de gerente
2746 de salud, que se formara antes de ocupar ese puesto de gerente de salud y
2747 que se formara en todos los aspectos que tiene ese puesto de trabajo. No
2748 solamente en un ámbito o en otro sino en todos los aspectos, incluso lo que
2749 hemos hablado en el principio de la entrevista, el tema de relación de sinérgicas



2750 con otras instituciones, con ayuntamientos, con asociaciones de vecinos, es
2751 decir, el que ocupe ese puesto de gerente de salud, debe ser una persona
2752 integradora con todos los actores que trabajan en esa red o en esa gestión de
2753 área y eso no siempre se lleva a cabo. La educación sanitaria no garantiza la
2754 capacitación, pero sí que sería importante que esa persona tuviera una
2755 titulación sanitaria, no es necesaria pero sí importante. Yo creo que tenemos
2756 muchos ejemplos de los cuales la titulación sanitaria para ocupar esos puestos
2757 no ha garantizado que ocupen de una forma efectiva esos puestos. Pero sí
2758 sería importante que esa titulación la tuviera, y si no tuviera esa titulación, sí
2759 tuviera conocimientos sobre esa atención.

2760 38. ¿Existen oportunidades educativas para los administradores-gerentes de redes
2761 de salud (o equivalentes) en _ ESPAÑA _?

2762 Pues yo no conozco, creo que no, con esa definición y esa perspectiva de
2763 trabajo creo que no.

2764 39. Los conocimientos sobre las Redes de Atención Sanitaria: ¿Forman parte de
2765 su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su
2766 práctica?

2767 Pues en mi entorno la capacitación de esos conocimientos ha sido casi siempre
2768 posterior que a la ocupación del puesto de trabajo. En muchos casos se han
2769 decidido que ocupasen puestos de gestión sin tener la capacitación y
2770 preparación previa para ocupar ese puesto de gestión. Si que es verdad que
2771 cuando alguien es nombrado sin ninguna experiencia, yo empecé a hacer

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2772 gestión sin casi prácticamente estar preparado para hacer gestión, llegó el
2773 momento, me lo ofrecieron, ejercí ese puesto y sí que es verdad que te queda
2774 como algo así en el interior: “sí me han nombrado eso, tengo que prepararme
2775 apura esto”, entonces empiezas a prepararte casi a marchas forzadas, para
2776 ponerte al día lo más posible. Pero en general, no hay una preparación previa
2777 para ocupar puestos de gestión.

2778 39.1. ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?

2779 Yo creo que seguimos en la misma dinámica, sí que es verdad que hay gente que
2780 está muy motiva y que quiere hacer cosas, pero por lo general, no hemos cambiado
2781 en ese aspecto, lo que es en la gestión de salud.

2782 39.2. ¿qué debería incluir?

2783 Pues tendría que incluir aptitudes de liderazgo, de coordinación, tener
2784 conocimientos sobre redes sanitarias, sobre gestión de los recursos, sobre relación
2785 con ayuntamientos, con redes sociales, con todo lo que es la estructura
2786 sociosanitaria de esa zona, es decir, la formación debería ser posiblemente, la más
2787 completa de cualquier puesto de gestión que tenga esa zona de salud. La persona
2788 que ocupe ese puesto debe tener una formación lo más completa posible y la más
2789 variada. Sí que es verdad que es muy difícil que alguien sepa mucho de todo, pero
2790 sí que tener una idea de todo lo que es el engranaje, de todo lo que es la estructura,
2791 para que, en ningún acto, como decíamos antes, se quede fuera de esa estructura.



2792 (□ PREGUNTAS PARA GESTORES NO SANITARIOS SOLAMENTE

2793 39.La formación en atención a la salud ¿Forma parte de su formación como gestor
2794 o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si hoy se incluye en
2795 la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?)

2796 40.La formación en tecnologías y sistemas de la información ¿Forma parte de su
2797 formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?

2798 Desde la práctica.

2799 40.1. ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?

2800 Que yo sepa no hay ninguna actividad reglada que forme en ese sentido.

2801 40.2. ¿qué debería incluir?

2802 De todo, uno no puede pretender gestionarse un área o una red de salud sin tener
2803 conocimientos de redes sociales, sin tener conocimientos de tecnología, sin tener
2804 conocimientos sobre qué es un paciente crónico complejo, sobre vulnerabilidad en
2805 pacientes crónicos, son muchas las áreas que tienes que conocer. Con el tema de
2806 las tecnologías y sistemas de información es una herramienta importantísima a la
2807 hora de poder coordinar todos los actores de salud. Ahora mismo no se pueden
2808 plantear pues, por ejemplo, hacer una reunión presencial siempre que se necesite,
2809 y lo hemos visto ahora, por ejemplo, con el tema de la crisis de la Covid, en el
2810 sistema murciano de salud, que es dónde yo trabajo, hemos hecho
2811 videoconferencias, muchísimas, cuando antes de esto no se había hecho

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2812 prácticamente ninguna. Y hemos ido aprendiendo sobre la marcha por necesidad.
2813 Los gestores no solamente en esto, los gestores con nosotros, pero nosotros con
2814 la población, vamos a tener que aprender a hacer educación grupal utilizando esas
2815 redes sanitarias, utilizando esa tecnología nueva y vamos a tener que ponernos
2816 las pilas muy muy rápido, con mucha celeridad. Y es muy importante que
2817 aprendamos esas cosas.

2818 41. La formación de economía de la salud ¿Forma parte de su formación como
2819 gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?

2820 También desde la práctica. Yo cuando accedí a un puesto de gestión, sí que
2821 tenía alguna formación en algunos aspectos de gestión, pero muy leves, muy
2822 de andar por casa, de pasada. Y cuando tuve que aprender realmente fue
2823 cuando me ofrecieron un puesto de gestión. Lo que yo conozco es cuando yo
2824 empecé en este mundo de la gestión. Había muy poquita gente que se formaba
2825 en escuelas de gestión, que se iba a Granada o Madrid, a hacer cursos de
2826 gestión, los cursos de gestión eran solamente aproximaciones a conocimientos
2827 sobre gestión sanitaria, sobre economía de la salud, sobre atención primaria,
2828 sobre gestión de recursos humanos, sobre liderazgo, eran como pinceladas
2829 que ibas formándote, pero formación reglada con todo en muy pocos sitios se
2830 hacía y muy poca gente lo hacía.

2831 41.1. ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?

2832 Que yo sepa no hay ninguna actividad reglada que forme en ese sentido.



2833 41.2. ¿qué debería incluir?

2834 Gestión de recursos, gastos, eficiencias, el tema en el hospital y primaria de
2835 cómo se usan los recursos y que gastos se producen relacionados con el
2836 beneficio en salud se producen, es decir, cuando se tiene esa idea de lo que
2837 es la economía de la salud, estamos muy preocupados en lo que es el gasto
2838 sanitario, que no es lo mismo, estamos preocupados en que esto supone un
2839 gasto, y no es una inversión en salud. Ese es un aspecto importante, que la
2840 gente que tuviera formación en economía de la salud, supiera que la
2841 economía no es solamente el ahorrar, el recortar, saber en qué me gastos
2842 ciertas cosas..., sino decir: ¿Qué es lo que nos estamos gastando para saber
2843 qué efectividad tiene en la población y que efectividad tiene en su salud?, y
2844 relacionar una cosa con la otra, es decir, cuando estamos hablando, por
2845 ejemplo de que el gasto farmacéutico, algunos medicamentos se está
2846 disparando, hay que relacionar ese gasto farmacéutico con la repercusión que
2847 tiene en la salud de los pacientes. Si la mejora no es proporcional al
2848 incremento del gasto, tal vez tendremos que proponernos otra estrategia, y
2849 muchas veces cuando estamos hablando de gasto sanitario, estamos
2850 hablando solamente de un medicamento nuevo, una máquina nueva, es que
2851 ha salido y quiero esa máquina nueva. Yo recuerdo cuando valorábamos la
2852 gestión de material cuando estaba en el hospital, muchas veces se planteaba
2853 quiero ese aparato porque el otro hospital lo tiene, pero ¿a cuántos pacientes
2854 vas a atender con ese aparato?, ¿qué vas a hacer con ese aparato, que no

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2855 estás haciendo con el que tienes ya? Ese tipo de preguntas son las que el
2856 gestor tiene que hacerle a la asistencial, y según la respuesta del asistencial,
2857 tiene que saber si eso es efectivo o no, si es necesario o no, si pasa de ser
2858 gasto ser una inversión en salud. Que realmente es dónde tendría que
2859 trabajarse.

2860 42. La formación humanista y social ¿Forma parte de su formación como gestor o
2861 ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?

2862 Si que es verdad que hay una parte importante, que eso va muchas veces
2863 ligado a las características de la persona, pero sí que es verdad que no había
2864 formación, yo no he tenido formación previa, sí que cuando me he informado,
2865 ha sido a título personal, y lo más importante para mí, es que a mí nadie me ha
2866 obligado a formarme en eso aspectos para ejercer mi trabajo como gestor. Lo
2867 cual sería algo muy recomendable, no puedes ejercer como gestor, sí que hay
2868 unas características personales que tú puedes tener o puedes tener una
2869 sensación de liderazgo, puedes tener unas facultades en estrategias sociales
2870 y población, pero luego te obligo a que te formes en eso y que perfecciones lo
2871 que tú tienes ya de base. Y eso no se produce, ni cuando te has formado en
2872 temas humanísticos, o de red social o antropología básicamente ha sido porque
2873 tú has querido formarte, porque en ningún sitio que yo conozca me han
2874 obligado, sí que me han obligado a formarme en otras cosas, pero en esto, ha
2875 sido casi a título propio, porque he querido formarme, saber más y en ese



2876 sentido ha sido la formación. No ha habido información previa y nadie me ha
2877 obligado durante mi época de gestión.

2878 42.1. ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?

2879 Que yo sepa no hay ninguna actividad reglada que forme en ese sentido.

2880 42.2. ¿qué debería incluir?

2881 Antropología, situaciones de riesgo de exclusión social, tipos de relación,
2882 tipos de estructuras social y familiar, relaciones con grupos de accesibilidad
2883 social, accesibilidad a sistemas sociales en función de esa estructura familiar
2884 y social que tienen, conocer o hacer una estructura de cuál es la zona básica
2885 de salud o el área que están trabajando, que recursos tiene, que estructura
2886 tiene a nivel económico, que accesibilidad tiene al sistema sanitario, todo ese
2887 tipo de cosas son las que tendrían que analizarse y tendríamos que aprender
2888 a cómo hacerlo, no siempre pendiente de lo que te cuentes, hay aquí una
2889 población o una zona más desestructurada, con riesgo de exclusión social,
2890 eso no hace falta que te lo diga alguien cuando existe el problema, sino que
2891 tenemos que tener la capacidad y la formación para intentar analizarlo. Lo
2892 que hemos comentando antes también, yo creo que los gestores de salud no
2893 pueden saber de todo, no pueden saber de todo, sobre todo, pero sí que es
2894 verdad que si no lo conocen, un mínimo de conocimientos, es bastante difícil
2895 que sea permeable a esa necesidades, y luego si yo por ejemplo se un poco
2896 de lo que es la estructura social, el tema de la exclusión social, el tema de la
2897 marginalidad, de ese tipo de cosas, o solamente sea qué accesibilidad tiene

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2898 el usuario a lo que es la asistencia a sanidad de mi zona, si yo no puedo
2899 hacerlo, si tengo que buscar las herramientas para que alguien me lo haga y
2900 me lo ponga negro sobre blanco. No tengo que hacerlo todo, porque no puedo
2901 aprenderlo todo, pero sí tener esa inquietud y esa necesidad de saber cómo
2902 está la situación a nivel de la población. Buscar los recursos, buscar las
2903 personas que te ayuden a solucionar o identificar esa situación.

2904 43. La formación en gestión y políticas sanitarias ¿Forma parte de su formación
2905 como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?

2906 A nivel personal, yo sí que me formé un poquito antes de empezar con la
2907 gestión, pero mi formación grosso modo ha sido una vez que comencé mi
2908 actividad práctica en gestión. Y esa posiblemente sea una de las parcelas que
2909 la gente tenga más claro que tienen que tener cuando la gente accede a un
2910 puesto de gestión. Lo que hemos hablado antes de redes de salud, todo eso
2911 no le dan tanta importancia como a aprender o hacer cursos específicos de
2912 gestión sanitaria. En los cuales a veces se aprende algo de lo demás y otras
2913 veces de gestión pura y dura.

2914 43.1. ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?

2915 Que yo sepa no hay ninguna actividad reglada que forme en ese sentido.

2916 43.2. ¿qué debería incluir?

2917 Por ejemplo, conocimientos de que es atención primaria, cuáles son las redes
2918 sociales, las relaciones que se establecen entre los diferentes niveles
2919 asistenciales, lo que hemos comentado antes, también, muchos gestores



2920 pasan a ser gestores de área sin tener conocimientos de una parte del área
2921 de la que están gestionando, pues yo creo que una formación en gestión
2922 sanitaria tendría que ser una formación establecida, básica sobre política
2923 sanitaria, sobre administración en política sanitaria, sobre gestión, tanto en
2924 una estructura sanitaria como otra, a nivel primario, a nivel secundario,
2925 relaciones entre esos niveles asistenciales, eso tendría que aprenderse antes
2926 de empezar a gestionar una estructura sanitaria de ese tipo.

2927 44. ¿Considera que las nuevas tecnologías favorecen la aplicación de las redes de
2928 salud?

2929 Pues creo que es una herramienta esencial, porque en este momento de crisis
2930 de la Covid, está dándonos la razón a los que pensábamos así, o a los que
2931 teníamos alguna idea sobre eso, yo era de los que pensaba que las nuevas
2932 tecnologías debían de utilizarse mucho más, no solamente para empoderar al
2933 paciente sobre su nivel de salud y sus cuidados, sino también para establecer
2934 otro tipo de relación diferente a la que estábamos estableciendo con los
2935 pacientes. Por ejemplo, no solamente favorece la comunicación sino también
2936 el empoderamiento de esa población, un ejemplo práctico: con el tema de la
2937 Covid-19, nosotros hemos tenido que dejar de hacer versiones presenciales a
2938 nuestros pacientes, a los cuales, teníamos con una patología crónica de años,
2939 a los cuales no le dábamos más información porque tienen toda la información
2940 desde hace años sobre sus cuidados de salud, pero le seguíamos manteniendo
2941 atados y ligados a una consulta presencial, que hacía que ese paciente cada

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2942 tres meses viniera a vernos solamente para hacer una técnica que ellos
2943 también hacían en su casa una vez a la semana. Te voy a poner un ejemplo
2944 muy claro: en pacientes diabéticos tipo 2 que tienen un aparato de medición de
2945 glucemia, que se toman un día a la semana, todas las semanas, su glucemia
2946 están controlados, durante 10 años le hemos explicado cómo cuidar los pies,
2947 como cuidar su alimentación, como hacer ejercicio, le hemos explicado todo lo
2948 que tiene que hacer, pacientes que lo hacen y lo hacen muy bien y que
2949 seguimos citándolos en la consulta, cada dos meses, para hacer una glucemia,
2950 y para pesarlos. Y le preguntamos: “¿Vas bien María? Sí, voy bien, ¿Tiene
2951 alguna duda? No, no, está todo muy claro. Vale pues hasta dentro de dos
2952 meses.” Utilizar las nuevas tecnologías nos ha permitido con pacientes de ese
2953 tipo hagamos consultas telemáticas, hagamos consultas telefónicas y en
2954 algunos casos incluso se pueden hacer videoconferencias con ellos, video
2955 consultas de manera que utilicemos las tecnologías y los recursos que tenemos
2956 disponibles para cambiar la estructura de esa relación terapéutica y eso es muy
2957 importante. Porque cambiar ese tipo de relación terapéutica nos permite en un
2958 momento dado enfatizar en aquellos que realmente, sí necesitan esa
2959 presencia. Me explico, utilizar quince minutos para un paciente el cual tu ya
2960 tienes controlado, hace que esos quince minutos sean más de relación social
2961 y no tengas tiempo para atender con tiempo suficiente al paciente siguiente que
2962 a lo mejor en vez de quince, necesita media hora. Y esos pacientes que
2963 realmente están controlados, que están bien, te conocen, confían en ti, ósea

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2964 hemos tenido pacientes ahora en primaria que íbamos a hacer una visita
2965 domiciliaria cada dos días o lunes, miércoles y viernes, cada semana y hemos
2966 hablado con los familiares, intentábamos no ir al domicilio para no contagiar,
2967 para mantener un ambiente domiciliario lo más aséptico posible, pues se ha
2968 hecho mucho contacto por teléfono, “¿cómo estás?, ¿cómo lo llevas?, ¿tienes
2969 alguna duda?”, utilizar esas nuevas formas de comunicación nos ha permitido
2970 realmente utilizar el tiempo en aquellas personas que lo realmente lo estaban
2971 necesitando, y muchas veces las dejábamos o las veíamos muy rápido, porque
2972 teníamos la agenda llena. Yo creo que ese cambio de mentalidad, utilizando
2973 la tecnología ha permitido que no estábamos muy con esa idea que como
2974 utilizarlas y de golpe han tenido que utilizarlas y han tenido que darse cuenta
2975 de que sirven igual para establecer esa relación terapéutica y algunas veces
2976 incluso hasta mejor, porque el paciente está mucho más relajado, el paciente
2977 hace sus controles cuando lo necesita, no tiene que estar pendiente de una
2978 cita, estamos hablando de personas de ochenta años que están todo el mes
2979 pensando que no se les olvide al cita del día 25 de junio, y o tienen ahí marcado
2980 a fuego, y vienen una hora antes para que no se les pase la cita y están en la
2981 sala de espera una hora, esperando a que tú los llames. Es decir, este tipo de
2982 relaciones hace que el paciente también se relaje un poco a la hora de darle
2983 importancia realmente, y es que tú estás aquí, tu trabajo es estar a su
2984 disposición y él tiene unas herramientas que puede utilizar en un momento
2985 dado, que le evitan tener que venir, “es que mi hijo no me puede traer a la

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



2986 consulta..., me tiene que traer a las nueve de la mañana porque él se va a
2987 trabajar, aunque yo la cita la tenga a las 10:30h, este tipo de cosas hace que
2988 se relaje un poco, se racionalice un poco lo que es la relación terapéutica en
2989 función de realmente lo que queremos conseguir con el paciente, que esté
2990 controlado, medido, que él conozca sus resultados, y que tenga confianza a la
2991 hora de identificar quien puede ayudarle, en este caso nosotros. Y que tenga
2992 la posibilidad de acceder a esos recursos, como en la crisis que hemos tenido.
2993 Ahora tenemos que mantenerlo.

2994 44.1. ¿qué opina sobre las experiencias de consulta no presencial o seguimiento a
2995 través de las soluciones tecnológicas?

2996 Pues ya te lo he contado. Que teníamos la posibilidad de utilizar ese tipo de
2997 herramientas, que no la utilizábamos muchas veces, no solamente por miedo
2998 sino por una falsa sensación de sanitarios de dejar de tener el poder sobre el
2999 paciente. Hemos estado hablando con compañeros: “es que tengo la
3000 sensación de no tener controlado a mis pacientes”, pero vamos a ver tus
3001 pacientes siguen un viviendo en tus casas, con sus familias, con sus
3002 controles, que se los hacen ellos, el que tu no los veas cada dos meses, no
3003 significa que no estén controlado y además ellos saben que si necesitan
3004 alguna cosa te tienen, es decir, utilizar ese tipo de herramientas sí que
3005 favorece esa situación y el cambio ha sido para el paciente y mucho para los
3006 profesionales, y el tener la posibilidad de decir, voy a hacer una cura de un
3007 paciente con pie diabético y mañana te llamo para ver cómo va la herida o si

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3008 te duele o no, y mañana sino me gusta lo que me cuentas te digo que vengas
3009 para verlo, y si vas bien te veo dentro de tres días, eso nos ha costado a
3010 nosotros más, posiblemente, que a algunos pacientes. El dejar las riendas de
3011 sus cuidados, nos ha costado mucho.

3012 45. ¿Qué limitaciones cree que presenta no utilizar una historia clínica
3013 informatizada única para los dos niveles asistenciales?

3014 Yo te cuento mi experiencia, cuando yo empecé en primaria nosotros no
3015 teníamos acceso nada más que a la historia clínica de atención primaria, y eso
3016 si suponía un problema. Actualmente, como no ha sido posible hacer la
3017 unificación de las dos historias clínicas, pero sí tenemos acceso, a la historia
3018 clínica, de especializada, y eso ha sido un avance bastante importante. Yo tenía
3019 muchas veces que ir a ciegas y lo que me contaran a la consulta, ahora sí tengo
3020 la posibilidad de consultar informes, resultados, documentación del hospital, del
3021 tiempo que ha estado en el hospital, incluso por ejemplo, nosotros pusimos en
3022 marcha una experiencia piloto aquí en Murcia, con respecto al seguimiento tras
3023 el alta hospitalaria por parte de enfermería, a nosotros nos comunicaban desde
3024 el hospital de referencia las altas que se producían el día anterior, o los
3025 pacientes de nuestra zona. Y nosotros identificábamos a esos pacientes,
3026 sabíamos de qué enfermero era y al día siguiente le llamábamos para ver cómo
3027 estaba y si necesitaba alguna cosa. Ese tipo de estructuras asistenciales que
3028 lo que hacen es servir de puente entre la especializada y la primaria, y lo que
3029 hacíamos era cortar lo que era la sensación de orfandad del paciente cuando

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3030 salía del hospital, al tener acceso a la historia hospitalaria, y conocer el sistema
3031 hospitalario y poder manejarlo ha disminuido mucho la sensación de no tener
3032 acceso a una historia única informatizada. Yo ahora mismo puedo acceder a
3033 su información clínica, sí que es más farragoso, y tengo que aprenderme los
3034 dos sistemas de trabajo, pero sí me permite, ahora mismo, hace cinco años no
3035 lo podía hacer, conocer muy bien lo que es el paso del paciente por el hospital
3036 y que es lo que ha pasado.

3037 46. Para el desempeño de su trabajo ¿cuenta con un sistema de indicadores
3038 integrado?

3039 Sí que tenemos un cuadro integrado, nosotros tenemos en nuestra área de
3040 trabajo, en primaria, lo que se llama el portal de inteligencia de negocio, que es
3041 un pin, y el pin sí que te da información de cuál es la actividad realizada, no
3042 tanto de los resultados de esa actividad, pero sí los datos de los pacientes,
3043 cuantos pacientes están vacunados, cuantos no, que planes de cuidados se
3044 hacen a los pacientes, eso te permite, por ejemplo, ahora con el tema de la
3045 crisis, identificar a niños que no se han vacunado porque no han venido al
3046 centro de salud, y es muy fácil identificarlo y recaptarlos. Cosas que antes no
3047 podíamos hacer, dependíamos mucho de las solicitudes del paciente para
3048 hacer la actividad, pero ahora por ejemplo si yo tengo pacientes que no han
3049 venido (dentro del listado de pacientes diabéticos que yo tengo), yo sé los que
3050 no han venido y puedo hacer una recaptación, que antes no podía hacerla y
3051 ese cuadro de mando, sí me permite hacer ese tipo de cosas, y es bastante

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3052 efectivo a la hora de subsanar ciertas ineficiencias sanitarias. Ya te digo, no he
3053 son cuadro de mando con respecto a resultados de salud, pero sí sobre
3054 actividad, y eso nos vienen bastante bien.

3055 47. ¿Cuáles son los desafíos y problemas clave para los administradores de redes
3056 de salud regionales al desarrollar una región de salud en _ ESPAÑA _?

3057 Primero adquirir la formación necesaria, yo creo que el desafío es que haya
3058 una información previa y que sea reglada para desarrollar esa red, y segundo
3059 tener la capacidad, esas herramientas necesarias para aglutinar diferentes
3060 actores de dichas redes. Que esas personas que gestionen esa área, no tengan
3061 esa parcela privativa de una u otra parte, sino que se acabe de integrar todos
3062 esas redes asistenciales y sociosanitarias que están alrededor del paciente ya
3063 que sean capaces de integrarlas, que no sea algo. Yo creo que es muy
3064 importante adquirir esa formación previa, mucho.

3065 48. ¿Le parece que son una solución a algunos de los retos del SNS?

3066 Sí, en gran medida pueden ser una solución. Por ejemplo, lo que hemos estado
3067 hablando, una persona que no esté formada previamente en toda la estructura
3068 sociosanitaria de su área, es bastante difícil que pueda poner en coordinación
3069 a todos sus actores para trabajar un objetivo común. Tiene que tener una
3070 capacidad de liderazgo y una capacidad de cohesión de equipo mucho mayor,
3071 que si es formación fuera previa a ese trabajo.

3072 49. ¿Existen vías de comunicación entre el servicio regional de salud y las
3073 asociaciones no gubernamentales en el modelo de redes?

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3074 Que yo sepa, no. Puede que haya, pero yo no las conozco.

3075 50. ¿Cuál cree usted que es el papel de dichas asociaciones?

3076 Básicamente son identificar oportunidades de mejora y sobre todo informar de
3077 los pozos de ineficiencia que se producen en el sistema sociosanitario, es decir,
3078 son los centinelas que identifican cuando algo no se está haciendo bien o se
3079 podría mejorar. Yo creo que el sistema sociosanitario las utiliza como aviso de
3080 algo que no se está haciendo bien, no como base de la solución, si el sistema
3081 sanitario establece unos criterios al margen de ella, hasta que ella dice: “oye,
3082 que esto no se está haciendo aquí bien, aquí tienes un problema gordo”.
3083 Entonces ya empezamos a trabajar con eso, pero no se está utilizando
3084 previamente para establecer esas necesidades.

3085 51. ¿Existe una coordinación operativa en el Servicio regional de salud, según el
3086 modelo de redes de salud?

3087 Yo creo que no, ahora mismo creo que no existe una coordinación operativa,
3088 puede que exista una coordinación a nivel teórico o a nivel de papel, pero
3089 operativa no.

3090 52. Actualmente, en su servicio de salud ¿qué estrategia se está aplicando:
3091 recortes, desinversión o reasignación, como mecanismo de control del gasto
3092 sanitario?

3093 Recortes, desinversión en algunos aspectos y muy poquito la reasignación.
3094 Muy poco intentar reasignar recursos en función de las necesidades que se
3095 producen. En muy rara vez en las reuniones que tenemos de trabajo, o en la

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3096 información que tenemos, este presupuesto que estaba asignado para esto no
3097 se va a utilizar y vamos a utilizarlo para esta otra cosa. Si el presupuesto que
3098 está identificado para una cosa no se utiliza, pasa a una bolsa, que no sabe
3099 nadie dónde cae, que no es un dinero que no se utilice, pero sin capacidad real
3100 de identificar dónde haría falta que fuera ese dinero para mejorar esa atención
3101 sanitaria. Básicamente se están aplicando recortes, “¿en qué puedo recortar
3102 para gastar menos?”, eso es lo que muchas veces nos dan caña con eso y a
3103 los gestores de niveles superiores les dan caña con eso, y sobre todo la
3104 desinversión, es decir, vamos a ralentizar este tipo de actividad, vamos a
3105 disminuirla, vamos a no solamente a..., no solamente es por ejemplo podría
3106 ser el tema de las peonadas quirúrgicas, es decir, cuando no hay dinero
3107 quitamos peonadas, cuando hay dinero, cuando hay inversión se ponen
3108 peonadas, se pagan. Yo creo que es una forma de manipular lo que es el
3109 sistema sanitario, en función del dinero que viene y de las decisiones o las
3110 necesidades que tiene, cuando tienes muchas listas de espera abres por las
3111 tardes, cuando no tienes listas de espera quitas las tardes. ¿Eso puede ser
3112 operativo? Hasta cierto punto, ¿puede ser un foco de ineficiencia?, pues hasta
3113 cierto punto, hay cosas que se pueden mejorar mucho, es algunos momentos
3114 incluso con cálculos hechos, sería más rentable tener un quirófano abierto por
3115 la tarde, todos los días con personal nuevo, que no hacer peonadas, pero se
3116 juega con eso: ahora mismo no vamos bien de números, las quitamos, vamos
3117 mejor de números, ponemos. Con el tema de los recortes básicamente es eso:

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3118 ¿te hace falta esto realmente para funcionar?, pues si puedes evitarlo, no lo
3119 hagas y no te lo financio. Yo creo que ese tipo de cosas son bastante usuales
3120 en nuestro sistema sanitario actual.

3121 53. En su opinión, el nivel de Atención Primaria, ¿dispone de los recursos
3122 suficientes para resolver la mayoría de las necesidades de salud de la
3123 población?

3124 Yo creo que cada vez tenemos más recursos, sí que es verdad, pero también
3125 queda mucho toda vía por recorrer, estamos con unos recursos casi siempre
3126 en las últimas décadas, ahora un poco menos, pero en las últimas décadas han
3127 sido recursos a nivel tecnológico, pero lo que te he comentado antes, algunas
3128 veces se ha hecho esa inversión en recursos en atención primaria, no como
3129 resultado de la necesidad de mejorar en la salud de los pacientes que son
3130 atendidos en atención primaria, sino descargar un poco el flujo un poco hacia
3131 la atención primaria para descargar el hospitalario. Por ejemplo, vamos a poner
3132 ecógrafos en los centros de salud, sí que es verdad que el paciente le mejora
3133 mucho no tener que ir al hospital a hacerse una ecografía, se la puede hacer
3134 desde el centro de salud, por su médico de cabecera, puede ser efectivo. Pero
3135 también, viene generado porque no hay agenda de ecografías para todo lo que
3136 se está generando. Una cosa se compensa con la otra. Por ejemplo, se están
3137 usando muchas consultas no presenciales de patologías, en algunas
3138 especialidades, pero no tanto, se ha generado a la consulta no presencial como
3139 una herramienta de trabajo o que primaria ha querido asumir, sino para evitar

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3140 un flujo masivo de pacientes a ciertos recursos hospitalarios que no dan
3141 respuesta a toda esa necesidad. Ese tipo de cosas ha hecho que la atención
3142 primaria sí tenga más recursos, en algunos casos, pero siempre relacionados
3143 con los recursos que desde primaria estaban solicitando, es decir, daban una
3144 sensación la cual las necesidades sanitarias o los recursos de primaria han ido
3145 más encaminados a suplir ciertas deficiencias esenciales que han mejorado la
3146 asistencia pura y dura de primaria.

3147 54. ¿Dispone de información fiable y válida sobre el coste de los procesos que se
3148 aplican en la red de salud?

3149 No.

3150 55. ¿Cuáles son los factores o variables que influyen en que aumenten los costes?

3151 Pues la duplicidad de los actos, los contactos con el paciente, es decir, el tener
3152 que estar con un paciente en contacto cada 2-3 meses o una vez a la semana,
3153 cuando realmente no es necesario. Y eso hace que se gasten recursos de
3154 tiempo, que eso significa no utilizarlos con otros pacientes, la utilización cada
3155 vez mayor de la medicina defensiva, sin criterios clínicos que lo justifiquen, o,
3156 por ejemplo, actos presenciales innecesarios como los que hemos hablado.
3157 Eso aumenta muchas veces la necesidad de tiempos asistenciales que no son
3158 necesarios y que lo que hacen es que se aumenten los costes, y hay un
3159 problema con ese tipo de concepto, es decir, cuando hablamos de costes
3160 sanitarios casi siempre la gente piensa en pago de material, pago de personal,
3161 pero cuando yo hago una consulta ineficiente o una consulta presencial

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3162 innecesaria, estamos hablando de costes sanitarios, estamos hablando de que
3163 el coste de eficiencia mío, como profesional, es mayor del que se requeriría,
3164 para mí como gestor eso es un coste, es un gasto innecesario aunque no
3165 suponga económicamente un desembolso de dinero, que no significa tengo un
3166 enfermero más o hay un médico más en el centro de salud, pero significa que
3167 con lo que tengo estoy haciendo una actividad mucho mayor de la que
3168 realmente tendría que hacer y de una forma innecesaria, por lo tanto, se supone
3169 que es un gasto no relacionado con la eficiencia, que se incrementa en general
3170 del gasto sanitario.

3171 56. ¿Dispone o se implementan procesos de medición de los resultados y medición
3172 de la eficiencia?

3173 Se tienen sobre todo resultado de medición de los procesos, pero sobre todo
3174 en modo descriptivo, me explico: tenemos instrumentos para medir lo que se
3175 hace, pero no los resultados de salud de lo que se está haciendo. Es decir,
3176 estamos planteándonos qué hacemos, cuántas veces hacemos una cosa,
3177 cuántos pacientes vienen, pero no tenemos realmente la implementación de la
3178 medición que eso supone con respecto a los resultados de salud, es decir, no
3179 tengo posibilidad de medir si un paciente viene 6 veces, en vez de venir 4, si
3180 eso empeora o mejora su estado de salud. Entonces no tengo posibilidad ahora
3181 mismo de medir la eficiencia más allá de la actividad que estoy haciendo, no
3182 de los resultados.



3183 57. En su opinión, la gestión clínica, ¿puede ser una herramienta para la mejora de
3184 la eficiencia microeconómica?

3185 Sí, totalmente.

3186 58. ¿Se aplica la integración horizontal y vertical para alcanzar economía de
3187 escala?

3188 Yo creo que no, sino tenemos bien planificado cuáles son los objetivos, los
3189 recursos, los instrumentos, las herramientas que tenemos para trabajar, los
3190 flujos de trabajo, la coordinación entre niveles, si eso no lo tenemos claro, es
3191 bastante difícil que, en alguna ocasión si puede haber una integración, pero
3192 que seamos conscientes de que existe esa integración. Muchas veces
3193 hacemos las cosas por inercia o porque hacemos así las cosas, o porque nos
3194 explican cómo hacer las cosas, pero no realmente porque negamos el concepto
3195 de que existe integración real dentro de la organización, es decir, esto hay que
3196 hacerlo así y punto, pero muchas veces los usuarios no tienen sensación de
3197 cuáles son los flujos de trabajo o los objetivos comunes que tenemos, sino que
3198 vamos un poco marcando por directrices, unas veces de la estructura vertical y
3199 otras veces una estructura horizontal. Pero no creo que tengan todos muy claro
3200 de dónde vienen esas directrices de trabajo a nivel asistencial, o tengamos, me
3201 incluyo también en eso.

3202 59. ¿Qué opina sobre los temas de promoción y prevención de la salud a nivel
3203 regional en _ESPAÑA_? [Provisión de ofertas de salud, superación de barreras



3204 de acceso, ofertas para grupos objetivo que son difíciles de alcanzar, etc.]
3205 Califique también en una escala del 1 al 10 (10 = excelente, 0 = muy malo).
3206 Pues yo creo que se tiene muy poca consideración en estos temas y que son
3207 muy necesarios, son imprescindibles, creo que la promoción y la prevención de
3208 la salud desde atención primaria son importantísimas, son básicamente aquella
3209 herramienta de trabajo que pueden mejorar el nivel de salud de la población.
3210 ¿Qué se tiene en cuenta? Pues regular.
3211 Un 5.
3212 60. ¿Considera que nuestro modelo sanitario reconoce la estructura familiar como
3213 un soporte de cuidados?
3214 No, a ver en primaria si se tiene más en cuenta eso, a nivel de primaria sí es
3215 verdad que la estructura familiar y la red de apoyo que tenga alrededor del
3216 paciente, del usuario, sí que es verdad que se tiene mucho más en cuenta,
3217 sobre todo, porque es un elemento del cuidado esencial, muchas veces
3218 muchos cuidados no podrían llevarse a cabo si no tuviéramos esa colaboración
3219 con la estructura familiar. Creo que en las redes hospitalarias no se tiene en
3220 cuenta tanto. Un ejemplo: cuando nosotros vamos a ver a un paciente que está
3221 inmovilizado en la cama y vamos a hacer una serie de cuidados, lo primero que
3222 hacemos es identificar al cuidador principal de ese paciente, lo identificamos y
3223 le explicamos que es lo que tiene que hacer con el paciente, porque nosotros
3224 no estamos 24 horas en la casa, le explicamos como tiene que hacer si tiene
3225 alguna cura, le damos material para que haga la cura, le indicamos la

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3226 importancia de que haga a cura cuando la necesite y no cuando yo vaya al
3227 domicilio, porque se puede ver situaciones en las cuáles por las tardes, por las
3228 noches, los fines de semana sea necesario que haga esa actividad y son
3229 imprescindibles. Y luego todo lo que es el apoyo de alimentación, higiene,
3230 cambios posturales, todo eso es importante que lo hagan ellos, porque nosotros
3231 no estamos en los domicilios. A nivel hospitalario, cuando se va a hacer una
3232 cura en la habitación al paciente se le saca al pasillo, sin tener en cuenta que
3233 mañana se puede ir de alta, y que mañana tiene que hacer ellos la cura. El
3234 planteamiento es diferente, nosotros necesitamos a los cuidadores y a los
3235 familiares y la estructura familiar para hacer los cuidados que consideramos
3236 oportunos, mientras que en otras instancias como puede ser el hospital, no se
3237 ve más allá del paciente que está en la cama. Todo lo demás es como si no
3238 existiera, pero luego realmente es necesario.

3239 61. En caso afirmativo, ¿qué repercusión tiene este enfoque familista de atención
3240 a la salud sobre la sostenibilidad del modelo sanitario español?

3241 Sino existiera esa estructura familiar, la atención primaria sería muy difícil
3242 mantenerla, con esos aspectos de autocuidado, del cuidador familiar, de
3243 colaboración con la estructura familiar, haría falta muchísimos más recursos
3244 para llegar a los sitios dónde no llegaríamos nunca. La estructura familiar en
3245 primaria es esencial, no podríamos plantearnos hacer atención primaria sin
3246 tener en cuenta ese enfoque familiar. Un ejemplo: muchos dependen de esa
3247 red familiar para ir al centro, para recogerlos, para llevarlos, para

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3248 acompañarlos, si nosotros no tuviéramos esa red familiar alrededor del
3249 paciente, nuestra actividad muchas veces no podría ni realizarse, porque son
3250 ellos los que manejan esas situaciones, no nosotros y muchas veces esa red
3251 familiar supe incluso alguna deficiencia en la atención sociosanitaria, no
3252 cuando, por ejemplo: vuelvo al tema de la Covid, hemos encontrado pacientes
3253 en casa, dónde no existía esa estructura familiar, no teníamos esa estructura
3254 familiar que los arropaba y hemos tenido que tirar de la red sociosanitaria, del
3255 voluntariado, para poder atender a esa población. Cuando no existe esa red
3256 familiar, esa estructura familiar alrededor del paciente de primaria es bastante
3257 difícil sobre todo con pacientes que no son autónomos o que son mayores o
3258 que son pacientes crónicos complejos, es bastante difícil que se consigan
3259 soluciones y hace falta estructurar una red alrededor que no sea familiar pero
3260 que le de ese aporte y ese apoyo. Sino es muy difícil que nosotros consigamos
3261 alguna cosa.

3262 62. ¿Existe algún programa de apoyo al cuidador informal y/o a la familia? ¿Podría
3263 nombrar alguno?

3264 Oficialmente no, que yo conozca. Sí que hay en muchas zonas básicas de
3265 salud, qué sí tienen estructurado y de otra forma un poco más formalizada el
3266 apoyo al cuidador, pero tan bien como hemos hablado algunas veces casi a
3267 nivel de iniciativa personal, no a nivel institucional. Yo identifico que hay una
3268 necesidad en una familia, entonces me pongo a trabajar con ella, pero más a
3269 nivel personal que a nivel institucional.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3270 63. ¿Existen redes de apoyo específicas para las familias de pacientes con
3271 enfermedades graves o crónicas? Y en su opinión, ¿son suficientes para las
3272 demandas actuales?

3273 Que yo sepa no. Oficialmente no.

3274 64. ¿Sería un área estratégica la implementación de más herramientas que
3275 permitan adelantarse a la complicación de un proceso crónico?

3276 Por supuesto, vamos a hablar de prevención y vamos a hablar de solucionar
3277 los problemas antes de que ocurran, si tuviéramos ese tipo de estructuras y ese
3278 tipo de red, pues muchas veces asociaciones que nosotros nos encontramos
3279 ahora, no nos la encontraríamos.

3280 65. En su opinión, ¿existe realmente un equilibrio entre las necesidades de la
3281 población y estructura/procesos que ofrece el sistema sanitario?

3282 No mucho, casi siempre lo que hay en casos de patologías agudas, o con
3283 necesidades de atención hospitalaria y con necesidad de tecnología o procesos
3284 graves. Estamos hablando de situaciones en las cuales las necesidades se
3285 producen cuando el paciente necesita acudir al hospital, no hay una estructura
3286 o procesos más allá de eso. Si necesita ir de un médico de familiar o enfermero
3287 de comunitaria a ser atendido por alguien del hospital pues sí se establece ese
3288 circuito, esa estructura de comunicación, pero más allá de esa necesidad de
3289 acudir a un centro especializado, no hay mucha más.

3290 66. ¿Es el modelo de redes el más adecuado para la gestión de los procesos
3291 crónicos?

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3292 Yo creo que podría ser una solución, se puso en marcha hace relativamente
3293 poco un modelo de atención integrada a pacientes crónicos complejos, sobre
3294 todo con pacientes que eran multi-ingresos, pacientes que ingresaban muchas
3295 veces y lo que se hizo fue identificar ese tipo de pacientes, de manera que el
3296 equipo de atención primaria y el equipo de especializada, fueran los mismos
3297 que atendieran a ese paciente casi siempre, de manera que conocieran al
3298 paciente, la situación y hubiera una comunicación entre el paciente, la red
3299 sanitaria especializada hospitalaria y al red sanitaria de primaria. Yo creo que
3300 por esa vía sería una solución, de manera que se estableciera ese circuito, pero
3301 no siempre que se hiciera un ingreso, sino para cualquier cosa, es decir, cuando
3302 hablamos de atención sociosanitaria, de trabajador social, de atención de
3303 voluntariado, eso permitiría que la gestión de los procesos fuera mucho más
3304 eficiente, porque ya estarían establecidas de antemano esas comunicaciones
3305 y ese objetivo común.

3306 67. ¿En qué nivel debe de estar ubicado el paciente crónico complejo, en APS
3307 (atención primaria de salud) o en AE (atención especializada)?

3308 El paciente crónico complejo debería estar centralizado en atención primaria,
3309 en el paciente se debería centrar casi toda su atención en los equipos de
3310 atención primaria y que sí que exista una coordinación importante y que la
3311 atención hospitalaria atienda en situaciones puntuales, pero siempre sin perder
3312 esa conexión. ¿Qué es lo que hacemos muchas veces? el paciente necesita
3313 una atención hospitalaria y desconectamos del paciente, lo mandamos al

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3314 hospital, muchas veces no sabemos nada de ese proceso y lo conocemos
3315 cuando vuelve de la hospitalaria y volvemos a retomar su atención. Yo creo que
3316 la atención primaria tendría que centrarse no solamente en la parte que está
3317 fuera del hospital sino también cuando está dentro del hospital, coordinándonos
3318 con los que hay en el hospital.

3319 68. Desde su perspectiva, ¿qué repercusión tiene la no profesionalización de la
3320 gestión sanitaria en el desempeño de la gestión de una Red de atención a la
3321 salud?

3322 Es lo peor que le puede pasar a la red sanitaria, creo que es importante que
3323 quien ocupe esos puestos tienen que ser profesionales, tienen que tener una
3324 formación previa y tienen que perfeccionar esa formación previa. Sería cometer
3325 los mismos errores que hemos cometido en el pasado: lo que me pasó a mí, yo
3326 empecé a ejercer como gestor y luego me formé, yo creo que no es la mejor
3327 forma de potenciar ese tipo de redes sanitarias.

3328 69. ¿Considera que en ocasiones la gestión sanitaria puede estar politizada?

3329 Siempre, sí. Eso lo hemos visto y lo seguiremos viendo durante mucho tiempo,
3330 por desgracia. Cambios políticos que suponen cambios de la estructura
3331 sanitaria sin necesidad a ciertos niveles, en los cuales, son más técnicos que
3332 políticos, pero esa politización llega a estos niveles, eso yo creo que es una
3333 parte muy negativa del sistema sanitario.

3334 70. ¿Cree usted que se podrían evitar muertes en el hospital de pacientes
3335 terminales que desean morir en su casa?



3336 Sí, seguro que sí.

3337 71. ¿Qué se podría hacer para evitar esta situación?

3338 Cambiar los recursos que hay en lo que se llama los equipos de soporte de
3339 apoyo domiciliario, lo que se conoce como los ESAD, y también tienes más
3340 apoyo a nivel de atención primaria de salud, es decir, el que nos den
3341 herramientas o que se permitan herramientas de trabajo que puedan ayudar a
3342 la familia, sobre todo, a llevar esa situación y a controlar esa situación en los
3343 domicilios, haría que muchos de los pacientes no tendrían que acudir al hospital
3344 en los últimos momentos. Yo creo que es importante que tanto de los equipos
3345 de paliativos como los equipos de atención primaria permitiría que ese apoyo
3346 social y comunitario, trabajadores sociales, voluntariados, partes del
3347 ayuntamiento, haría que esos pacientes tuvieran una red de atención mucho
3348 mejor en sus domicilios y no tuvieran muchos de ellos por desesperación o
3349 desconocimiento ir a los hospitales para ser atendidos.

3350 72. ¿Tienen un dispositivo de gestión eficaz del duelo?

3351 Que yo conozca no, hay algunas pautas, pero no está como tal integrado, y
3352 desde mi punto de vista, no es en muchos equipos efectivo, no da los resultados
3353 que debería dar.

3354 73. ¿Existe una integración de todos los recursos de cuidados paliativos en su
3355 servicio regional de salud? ¿cómo se estructura?

3356 Yo creo que es muy mejorable la situación que hay, depende mucho quien
3357 integra esos equipos, tanto los equipos de atención primaria como los equipos



3358 de apoyo domiciliario. Sí que tengo datos de ambos de que ha habido muy
3359 buena relación, sí que ha habido momentos en los que algunos profesionales
3360 han favorecido esa integración muy fácil y como siempre pues depende mucho
3361 de quién integra esos equipos. Al no tener claramente definido quién y cómo
3362 hay que hacer las cosas, hacerlas de una forma o de otra depende mucho de
3363 quién está en ese puesto. Por ejemplo, te hablo de mi experiencia, los equipos
3364 de atención de soporte domiciliario han funcionado de una forma cuando se
3365 integraron, cuando se crearon con una forma de trabajar que estaba muy
3366 centrada en pacientes y en la familia en casa y establecer redes familiares y de
3367 estructuras familiares sólidas para que pudieran llevar a cabo decisiones con
3368 respecto a ese paciente y a esa situación. Yo creo que eso se ha ido derivando
3369 a una sobre medicalización y casi exclusivamente la medicalización del
3370 proceso, de manera que se ha dejado de lado un poco lo que es la estructura
3371 familiar de apoyo a esa situación, eso supone a nivel emocional y a nivel
3372 psicológico, nivel mental, hay muchas familias que no pueden soportar esas
3373 situaciones y no tienen lo que es el apoyo de la administración, de lo que es la
3374 red sociosanitaria suficiente para poder llevar a cabo esa situación. Ha variado
3375 mucho lo que son esas relaciones entre los equipos y ahora sobre todo por
3376 quién integra esos equipos. Esa variabilidad de las personas sin tener criterios
3377 previos de como funcionar y que hacer en cada momento ha hecho que esa
3378 variabilidad sea muy alta a la hora de integrar la red.



3379 74. ¿Qué estrategia plantearía para la derivación del paciente terminal a atención
3380 especializada sin pasar por la puerta de urgencias del hospital?
3381 Hay alguna experiencia ya sobre equipos de humanización en cuidados
3382 paliativos en algunas puertas de urgencias de los hospitales, se ha planteado
3383 ya que haya personal preparado en las unidades de urgencias de los hospitales
3384 para atender a ese tipo de pacientes. Y luego habría que aumentar los recursos
3385 a nivel domiciliario, de manera que no se ciñeran casi exclusivamente de lunes
3386 a viernes de 8 a 15h, es decir, el soporte que requiere ese tipo de pacientes
3387 sobre todo la familia que atiende a esos pacientes no se ciñe a un horario
3388 laboral de lunes a viernes por la mañana, y lo que supone no tener ese apoyo,
3389 ya no digo 24h pero si un apoyo más dirigido a las necesidades que puede
3390 tener esa familia, no tanto a las necesidades de medicación o no, por dolor,
3391 agonía, por ese tipo de cosas, hace que cuando no pueden controlar esas
3392 situaciones físicas del paciente, la estructura familiar se desmorona y utiliza los
3393 recursos hospitalarios que es lo que tiene, o el 112 o el hospital. Si se diera
3394 más apoyo a nivel domiciliario con una capacidad de atención mayor en el
3395 tiempo y en una forma diferente de como se está haciendo ahora, según mi
3396 punto de vista, y también se identifican claramente esos pacientes, como
3397 pacientes que cuando llegan a un hospital son pacientes que no tienen que
3398 pasar por todo el proceso de una puerta de urgencias, triaje, valoración,
3399 observación, para arriba, para abajo, pruebas..., ósea un paciente con unas
3400 características determinadas y todo el mundo tiene claro eso, pues yo te puedo

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3401 decir que conozco el hospital de referencia nuestro, y sí que hay enfermeras y
3402 médicos que están muy centrados en que cuando un paciente con cuidados
3403 paliativos llegue a la puerta de urgencias, el circuito de trabajo tanto de entrada
3404 como de salida sea en principio, diferente al resto de pacientes, pero eso
3405 depende también de la estructura que se monte el hospital y de las personas
3406 que hay en ese hospital.

3407 75. ¿Hay desigualdades en el tránsito del paciente, una vez se accede al sistema
3408 sanitario? ¿Podría nombrarlas?

3409 En principio no, una vez que has accedido al sistema sanitario los circuitos son
3410 básicamente iguales para todos, sí que hay circuitos diferentes para lo mismo,
3411 en función de la situación del paciente, hay circuitos más rápidos y circuitos
3412 más lentos. Pero una vez que tú entras al sistema sanitario el acceso al resto
3413 del sistema es básicamente el mismo.

3414 76. Teniendo en cuenta que el 85% de los problemas de salud se atienden en APS
3415 (atención primaria). ¿Por qué no se está llevando a cabo la gestión desde APS
3416 de los ciclos completos de atención a la salud?

3417 Los recursos en los últimos años casi siempre han ido destinados a centros
3418 hospitalarios, eso significa que se ha priorizado los avances tecnológicos,
3419 avances farmacológicos dirigidos básicamente a centros de hospitalización y
3420 no tanto a que la primaria tuviera equipos potentes de trabajo con capacidad
3421 de resolución y con capacidad de decidir en un momento dado que medida
3422 tomar con algún tipo de paciente. Te voy a poner un ejemplo, hasta hace

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3423 relativamente poco y eso lo he vivido yo, los médicos de primaria no tenían
3424 acceso a algunas pruebas complementarias directamente y ese acceso era
3425 solamente accesible desde hospitalaria, es decir, el médico de primaria
3426 consideraba que había un paciente que había que hacerle una resonancia
3427 magnética, y podía pedir esa resonancia magnética, tenía que derivar al
3428 especialista y el especialista es el que pedía la resonancia magnética. Eso
3429 hacía que se centrara mucho en la especializada y en la tecnificación de
3430 especializada. Mientras que la primaria se quedaba un poco como solamente
3431 puerta de entrada y derivación al resto del sistema sanitario.

3432 77. ¿Considera que la gestión de casos puede ser una herramienta que facilite la
3433 coordinación entre los niveles asistenciales?

3434 Sí yo creo que sí y muy importante.

3435 77.1. ¿Existe en su CCAA gestión de casos?

3436 Que yo conozca hay algunas experiencias puntuales, en la comunidad de
3437 Murcia, en la que yo he trabajado, lo que conozco son algunas experiencias
3438 de gestión de casos casi siempre centrados en los cuidados de enfermería,
3439 los gestores de casos de algunas áreas de salud eran enfermeras, yo creo
3440 que ni siquiera se ha planteado gestores de casos que yo conozca, que no
3441 fueran enfermeras, no se si por la capacitación de ver de una forma más
3442 global la necesidad de los pacientes o la capacidad de integrar en un
3443 momento dado lo que es la atención hospitalaria y atención primaria, pero al
3444 gestión de casos de casos que yo conozco siempre han sido enfermeras, y

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3445 no han sido puestos en marcha en todas las áreas de salud y no ha sido
3446 puesto en marcha con la misma efectividad en todas las áreas. Yo creo que
3447 ha dependido también mucho de quien ha gestionado y como se han
3448 establecido esos equipos de gestión de casos.

3449 78. En caso afirmativo, ¿está implementada por áreas o en todo el servicio regional
3450 de salud? (respondida anteriormente)

3451 79. ¿Qué programas informáticos o sistemas de información se utilizan en el
3452 servicio regional de salud?

3453 Yo te puedo hablar de primaria, utilizamos la historia clínica del paciente en el
3454 soporte de OMI-AP, nosotros ya desde primaria tenemos acceso a
3455 Selene(programa informático del hospital) y luego cosas muy concretas,
3456 tenemos acceso a consultas no presenciales con algunos especialistas del
3457 hospital y luego por ejemplo el tema del Sintrom, para los anticoagulantes
3458 orales, sí que tenemos aplicaciones informáticas que lo que permiten es que
3459 nosotros desde primaria determinemos el INR de un paciente, podamos
3460 mandar el resultado y un tratamiento de manera que no tenga que estar
3461 desplazándose de un lado para otro. Y luego si que hay como una plataforma
3462 que comunica el aplicativo de historia clínica de OMI-AP con el aplicativo de
3463 Selene, que es el Ágora, esa plataforma que es una plataforma de conexión,
3464 integra las dos historias clínicas no completamente pero sí en muchos aspectos
3465 y hace que tú puedas consultar tanto cosas de primaria como cosas de hospital,
3466 de elección clínicas de los dos mediante esa plataforma.

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3467 80. ¿Requiere este soporte informático que usted introduzca datos de salud de la
3468 Región? En caso afirmativo, ¿qué tipo de datos?

3469 Para acceder al soporte no, es un soporte de historia clínica individual.

3470 81. ¿Cuál es la información más importante y valiosa que usted obtiene de este
3471 software?

3472 Sobre todo conocer la situación del estado de salud de un paciente, me explico:
3473 yo puedo conocer cuales son las cosas que tiene el paciente dentro de su
3474 historia clínica, puedo conocer la situación en toda su evolución a lo largo del
3475 tiempo y puedo tener una visión global de la previsión del futuro, es decir, yo sé
3476 las citas que va a tener, las citas del hospital, cuando se le pide una prueba,
3477 cuando va a estar el resultado, tener los resultados de una forma telemática.
3478 Me permite no necesitar al paciente físico, para conocer su situación de salud
3479 y su evolución.

3480 82. ¿Precisa dicho software la introducción de datos procedentes de otras bases
3481 de datos externas para su correcto funcionamiento?

3482 No.

3483 83. ¿Qué tipo de información adicional (que no esté aún compilada y procesada)
3484 sería útil en el servicio regional de salud?

3485 Con respecto a la historia clínica del paciente yo creo que está bastante bien
3486 estructurada, sí que es verdad que el OMI-AP y Selene tienen unas estructuras
3487 funcionales muy diferentes y que la forma de trabajar con los dos soportes es
3488 diferente, para trabajar con los dos soportes tienes que tener muy claro qué es

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3489 lo que vas a obtener y cómo obtener la información o como mecanizar la
3490 información es diferente, pero yo creo que con eso es suficiente no es necesario
3491 hacerlo.

3492 Preguntas sin respuesta

3493 - ¿Desea agregar algo sobre este tema, que no discutimos?5

3494 Datos demográficos

3495 -Edad: __55años__

3496 - Género:

3497 masculino

3498 femenino

3499

3500 - Lugar de residencia: __Murcia__

3501

3502 - El más alto nivel de formación que posee: Licenciado en antropología.

3503

3504



Co-funded by
the European Union



3505

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



3506	Project-ID:	2019-1-DE01-KA203-005025
3507	Country:	Spain
3508	Institution:	Universidad Católica San Antonio de Murcia
3509	Interview code:	Entrevista 5

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



ENTREVISTA 5

1. ¿Cree que en nuestro entorno sanitario se aplica el modelo de RASs?
(redes de atención a la salud)

En algunos contextos sí, en otros no.

- 1.1. ¿a qué nivel?

Te voy a decir donde no se produce, yo creo que la atención al tenemos muy parcelada, sobre toda la parte social y asistencial, también que muchas veces nuestros mismos niveles de atención no se comunican entre sí, tampoco el contexto de lo que es el cuidado a lo largo de toda la vida del individuo tampoco lo tenemos muy claro, lo vamos parcelando, cuidados más de la enfermedad que de la salud. Bajo mi punto de vista son los principales fallos que tenemos que subsanar, no vemos la salud como un continuo y no establecemos esas redes, pensamos que la atención sanitaria sólo lo que da salud, que no da otros organismos, otras entidades no pueden participar en la salud de la población. Y que muchas veces las decisiones, no hay un apolítica de salud que los gestores llevemos a cabo, sino que hay una ruptura de que cada uno parcelamos, no hay un continuo, no se toman las decisiones en política de salud, que luego los gestores llevamos a cabo o llevan a cabo.

2. ¿Qué tareas y actividades principales deben cumplir los administradores de redes de salud en ESPAÑA?

Supongo que muchas, desde la prevención, coordinar todos los niveles de asistencia, búsqueda de necesidades de salud de los ciudadanos,

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



compartir recursos, destinar ciertos recursos donde haya más necesidades, tenemos muchas tareas.

3. . ¿Qué organizaciones serían adecuadas para emplear a un administrador o gestor regional de redes de salud en _ ESPAÑA _? (p. ej., municipio, unidades primarias de salud, profesionales autónomos, etc.) ¿Desde qué organización de las que pueden integrar una red de salud sería adecuado incluir a un administrador?

Yo creo que las entidades municipales pueden aunar quizá todos esos recursos, y estableces esas redes entre la parte social, al parte municipal y la parte sanitaria, yo creo que los cuerpos y fuerzas de seguridad, todas las asociaciones, yo creo que en los municipios se pueden establecer redes que realmente al final repercutan en una mejor salud para la población, sería en las entidades municipales donde quizá pueda centralizar más que los sanitarios, más que otro tipo de entidades ajenas a lo que es una administración local o una administración pública.

4. . ¿Qué importancia tienen los administradores/gestores de redes de salud para la atención de salud regional en _ ESPAÑA?

Tienen mucha importancia porque si queremos de verdad que la salud sea un todo, sabemos que hay muchos factores que determina. La salud no es solamente el sistema sanitario sino otros muchos que influyen muchísimo más, es fundamental.

5. ¿Con qué dimensiones de la salud cree que se relaciona el trabajo de los administradores de redes regionales de salud en _ ESPAÑA _? [Si el



encuestado tiene dificultades para responder la pregunta, enumere las dimensiones: física, social, mental, espiritual, emocional o sexual]

Se dedican más a la parte física y dejan a un lado otros aspectos, que también habría que contemplar. Focalizamos en lo que es la salud física y no en las demás, no consideramos todos los demás aspectos.

6. ¿Con qué organizaciones y partes interesadas deberían trabajar / cooperar los gerentes de redes de salud regionales en _ ESPAÑA _?

Prácticamente con todas, desde lo que son las asociaciones con los sistemas sanitarios, entidades locales, con los cuerpos y las fuerzas de seguridad del estado. Yo creo que si de verdad se quiere tejer una red deben de tenerse en cuenta todos, con educación, fundamental el trabajo, con las conserjerías o los centros educativos, básico y fundamental. Hasta con las industrias que hay en la región. Yo creo que todos esos gestores tienen que tener en cuenta a todos.

7. ¿Qué competencias y cualificaciones necesitan los gerentes regionales de salud en _ ESPAÑA para poder realizar las tareas / actividades centrales mencionadas anteriormente? (gestión, liderazgo, investigación, tecnologías sanitarias, comunicación...)

Sobre todo, formación en gestión, formación en tecnología, formación en medio ambiente, debes tener una cualificación muy amplia, no solamente en gestión sino también en muchos otros aspectos, sobre todo si van a gestionar la salud. Deben tener una formación y una experiencia y sobre todo una capacidad de mirar más allá del conocimiento, sobre todo los



recursos que tenemos. Deberían tener muchas cualidades no sólo al de saber gestionar.

8. ¿Qué determinantes sociales de la salud según el modelo de la OMS son importantes en términos del trabajo como administrador de la red regional de salud en _ ESPAÑA _? [En el sentido del modelo determinante según Dahlgren y Whitehead, 1991 - Si el entrevistado tiene dificultades para responder la pregunta, muestre el modelo en forma impresa.]

Yo creo que es fundamental lo que es el medio ambiente, donde la persona vive, las condiciones de la vivienda, la salubridad, más invertir lo que es el empleo, la educación. Invertir en la educación yo creo que nos da otras expectativas de salud que quizás si los poderes públicos o los gestores no invierten en que la población tenga ese acceso a la población al final vamos a tener muy mala salud, ósea que yo creo que todo influye, pero sobre todo las condiciones en las que vive y al educación yo creo que para el individuo es fundamental, el derecho o el tener una buena educación a la persona le va a cambiar su expectativa de vida y vamos sobre todo una mejor salud. Yo creo que es bastante importante lo que es la educación y el entorno, el barrio, el saneamiento, las buenas condiciones de higiene, más que tener buenos hospitales, o un centro de salud cada 2km. Es más importante invertir en las condiciones de vida de las personas, favorecer el empleo, una buena educación te da posibilidades de mejor empleo, de tener más posibilidades económicas para cuidarte, vivir en un barrio donde el aire sea limpio, donde tengas espacios verdes, todo eso condiciona pues que tengas una mejor salud.



Muchas veces es eso, no somos los sanitarios los que tomamos ese tipo de decisiones, para favorecer que nuestro entorno sea más favorable para gozar de una buena salud.

9. ¿Qué temas deberían priorizar/analizar los gerentes regionales de salud en _ ESPAÑA _? [Si el encuestado tiene dificultades para responder la pregunta, dé ejemplos: tipo de grupos objetivo, entornos, comportamientos ...]

Deben de hacerle una foto al entorno, a la población, que problemas de salud tienen, por qué están derivados, lo que se dice una análisis de la situación de la población, condiciones del barrio, de higiene, de espacios abiertos, desempleo, grupos marginales, rendimiento educativo, grupos de población de inmigrantes, yo creo que lo que es la parte estructural y un análisis de cómo vive a población y los problemas de salud más importantes que tienen y buscar un poco más allá de lo que es el concepto de salud/enfermedad, biología, sino ver un poquito más allá, es lo que le va a permitir tomar decisiones y realmente si quiere establecer o hacer algún cambio.

10. Según su experiencia, ¿cuáles de los siguientes aspectos son ventajas del trabajo en redes? ¿es posible?:

- Objetivos comunes: sí.
- Información interdependiente y cooperativa: sí.
- Mejores resultados de salud: Sí.



- Consenso y negociación de soluciones: si bueno esto a lo mejor puede tener menos importancia, yo creo que es importante.
- Calidad de servicios: eso sí que es muy importante.
- Calidad de vida: sí.
- Control de costes y mejora de la eficiencia: sí.
- Generar valor para la población (desde el punto de vista de la confianza en los sistemas sanitarios): sí.

11. ¿Es posible que las redes en salud ofrezcan la oportunidad de monitorizar y evaluar mejor la atención sanitaria?

Supongo que sí.

11.1. ¿en qué aspectos?

Pueden ser muchísimos, de fármacos, menor existencia de enfermedades crónicas, se pueden medir muchos aspectos, hasta las enfermedades psicosociales, problemas de drogas, muchos aspectos, te tendría que enumerar muchos.

12. ¿Considera que las redes favorecen o facilitan la difusión de los conocimientos de los expertos a la población?

No, ahí sí que tengo mis dudas, no.

13. ¿Le parece que la integración de los servicios en el modelo de redes mejora la flexibilidad del sistema y permite mayor participación de actores no estatales y de usuarios?



Sí, de hecho yo creo que es fundamental de que haya esa mayor participación porque al final todos tenemos una parte importante en la salud, primero la población que tiene que ser participe y tomar también sus propias decisiones y hasta de si ponen un parque aquí o allá, temas de accesibilidad, temas de imagen del barrio, y luego las industrias, yo creo que es fundamental que haya esa participación de todos los sectores de una población, todos pueden aportar y desde luego tomar decisiones que impliquen una mejora del bienestar y la salud de la población.

14. ¿Cree que pueden jugar algún papel en abordar cuestiones geográfico-poblacionales como la dispersión, baja densidad poblacional, o alta densidad y complejidad en demandas/necesidades?

Claro, yo creo que solamente una parte no tiene la misma capacidad de influir en todos esos aspectos, yo creo que si queremos lograr un objetivo tenemos que tener toda su participación, yo creo que es básico, fundamental.

15. ¿La implementación de redes de salud puede suponer una dificultad en la rendición de cuentas debido a la participación de diferentes actores?

Yo creo que no, tampoco porque al final lo que tú vas buscando es un resultado. Lo que sí que es verdad es que los resultados quizá se prolonguen en el tiempo, ósea que se tarde en ver resultados a corto plazo, pero yo creo que no debe influir en ese aspecto.

16. ¿Usted cree que las redes pueden ralentizar los procesos de negociación y los consensos?



Puede que sí, porque tienes que poner de acuerdo a muchos actores, a la hora de tomar decisiones. Eso sí que puede pasar, pero bueno al final el tipo de intervención que se haga puede tener mucha más potencia que si sólo se van haciendo intervenciones puntuales con una de las partes y no con todo lo que puede tener influencia. Sí que puede quizá enlentecer, pero puede ser más complejo, pero al final va a tener mejores resultados y se va a establecer lo que es una política más global.

17. ¿Considera usted que existen más problemas de control y coordinación de la interdependencia en el trabajo en redes que bajo otro modelo?

No, si yo creo que es una forma de trabajar que al final pues nos va aportando a todos, pero vamos no por ello tiene que ser peor que otra. Yo creo que hay ciertos temas que no puedes sectorizar, sino que tienes que dar participación a todo lo que tenga influencia sobre ese aspecto. Más bien tiene más ventajas que inconvenientes.

18. En la gestión sanitaria en redes, ¿considera usted que existe cierta inespecificidad en los criterios de participación que favorezcan la exclusión de actores sociales importantes?

Puede ser, sí. Muchas veces no debemos cabida a ciertos actores que tienen esa capacidad o sí que deberían participar en esa red.

19. En su opinión, el modelo de gestión de área unificada, ¿da respuesta a las necesidades de integración de los servicios sanitarios?

Pues a veces sí y a veces no. Depende muchas veces de los gestores de esa área, depende de quien gestione, si da participación y si da un criterio



longitudinal y en otras ocasiones no, el modelo favorece esa integración.

Si tu sectorizas o separas al final esa integración no es efectiva.

20. ¿Considera que existe una Política de coordinación horizontal dentro de cada nivel asistencial?

Sí.

20.1. ¿qué opina sobre ello?

Realmente parcelamos cada uno nuestra parte de atención y corremos el riesgo de que a la persona no se le atiende como persona, sino que se le va atendiendo problemas puntuales que va teniendo a lo largo de la vida, pero realmente no se abordan los problemas de una forma más transversal y yo creo que estamos gastando más recursos y al final obteniendo malos resultados por trabajar cada uno en nuestra parcela.

21. ¿Existe la gestión por procesos dentro de la red de atención a la salud?

Sí que existe y sí que se trabaja así.

22. ¿Cree que existe suficiente coordinación vertical entre los dos niveles asistenciales?

No, ahora mismo no. Por lo menos en el entorno donde yo trabajo, no. Puede que haya algún gestor que quiera integrar los dos tipos de atención, pero lo que es en la práctica no. Se trabaja por separado, no hay esa integración, se intenta, se dan muchos pasos para que sea así, pero la verdadera integración en nuestro entorno de la región no se ha conseguido.

23. En su opinión, ¿el uso centralizado de recursos de alta tecnificación puede confundirse con una gestión verticalizada? Es decir, si los recursos en



primaria tuvieran más capacidad de resolución y no tuvieran que derivar a hospitalaria, por ejemplo, la toma del sintrom desde el centro de salud. Todo lo que centralicemos en primaria, va a centralizar esa atención al ciudadano y se va a favorecer que esos profesionales que además son los que atienden las necesidades, te conocen, realmente son los que atienden a las personas desde que nacen hasta que mueren, pueden ser capaces de tomar otro tipo de decisiones y tener una salud más accesible y menos medicalizada, porque primaria atiende la salud, la enfermedad, la prevención...aborda a la persona de una forma más integral. Entonces pues todos los recursos que se destinen van a repercutir en que la persona tenga mejor salud y se vea como más apoyada, guiada, con sus profesionales sanitarios. Se debe invertir en primaria si queremos tener una mejor salud.

24. ¿Existe coordinación con otros sectores? ¿con qué sectores? En caso negativo, o si señala muy pocos, ¿cuáles habría que incorporar?

Sí, desde atención primaria se empiezan a dar pasos y sí que hay, sobre todo es más fácil en municipios pequeños, sí que hay coordinación con otros sectores, con la parte social, con la parte de la administración local, educación, incluso para determinados problemas de salud hasta con las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado. Sí que empieza a haber, sobre todo en municipios pequeños, primaria está tomando esa iniciativa o está participando con las administraciones locales en lo que es establecer esas redes locales de salud y están haciendo muchas actividades, programas conjuntos, participación en la toma de decisiones, yo creo que sí, ya se



empiezan a dar pasos, y eso es el futuro, lo que va a aportarnos más valor a lo que hacemos.

25. ¿Cree que existe una adecuada coordinación de los Servicios sociales y sanitarios?

Ahora mismo en nuestro entorno, no. La verdad es que no.

25.1. ¿cómo se lleva a cabo esta coordinación?

Se lleva a cabo, pero quizá más a nivel central que local, está como muy sectorizada, no hay una coordinación regional, hay unos planes pero luego tienen que desescalar a los centros de salud, a los centros de salud mental, en fin, a sistemas muchos más pequeños, pero desde lo que es la parte gestora, no hay esa coordinación, se intenta también, o se dan pasos en determinados aspectos o problemas como puede ser violencia de género, pero en otros pues no, realmente no hay esa coordinación y esa comunicación.

26. ¿Qué opina sobre el sistema de salud actual a nivel regional en ESPAÑA? [Provisión de ofertas de salud, superación de barreras de acceso, ofertas para grupos objetivo que son difíciles de alcanzar, transparencia de las estructuras en el sistema de salud, etc.] Califique también en una escala del 1 al 10 (10 = excelente, 0 = muy malo).

Yo creo que aquí estamos invirtiendo mucho en lo que a la larga no nos va a aportar valor, yo creo que en el momento en que una parte del presupuesto se quitó a lo que es la parte de salud pública, prevención y promoción de la salud, ahí estamos fallando, ahí lo estamos haciendo mal, luego hay otra parte también de lo que es la atención paliativa que



tampoco se está haciendo bien. Ósea se está haciendo una política, una atención sanitaria pues poco coherente con lo que tenemos y con lo que nos viene, entonces la parte social del cuidado de los mayores, de la prevención de atención de problemas crónicos..., ahora mismo estamos invirtiendo mucho dinero en alta tecnología, en medicamentos muy caros, que al final no está aportando tanta salud a nuestra población. Está aportando para algunos grupos en concreto, también a veces muy discutible, pero no para aumentar la salud de la ciudadanía. Ahora mismo, problemas muy importantes como es el tabaco o la obesidad, y para eso no se invierte dinero, sin embargo tenemos medicamentos carísimos, tratamientos tecnológicos hipercubos, o fármacos para oncología, para que una persona tenga una supervivencia de muy poquito tiempo, que destinados a programas de prevención o para población infantil, adolescentes, determinados grupos que tienen menos acceso a la salud..., sería mucho más rentable y mucho más eficiente que donde se está invirtiendo, en la última técnica quirúrgica o en el último aparato que te hace escáner maravilloso. Yo creo que eso es lo que fallamos, que lo que es la parte que de verdad va a aportar a largo plazo no invertimos.

Un 6.

27. ¿Existen diferentes catálogos de servicios sanitarios en su servicio regional de salud?

Lo que sí que existe es una equidad, porque en todas las áreas no tenemos las mismas actuaciones, la misma cartera de servicios, entonces sí que hay una inequidad, hay sitios, áreas de salud pues que cuentan



con más recursos, y no sólo recursos, especialidades, profesionales, y otras áreas que a lo mejor están más alejadas donde bueno si tienen un problema de salud puntual, a lo mejor no está el especialista correspondiente para que te atienda, te tienes que ir a otra área de salud para que te atienda. Hay un poco de inequidad, sobre todo en lo que es la asistencia más especializada y lo relativo a tiempos, no se puede tener todos los tiempos de asistencia en todos los puntos de la región, pero bueno una parte básica sí que la tenemos que tener todos y aunque sea para un problema de salud muy leve. No tenemos los mismos recursos en todas las áreas de salud.

27.1. ¿y con respecto a otras regiones?

Igual, hay regiones más desfavorecidas, con menos presupuesto, con menos profesionales, donde el ciudadano no recibe el mismo tipo de asistencia que en otras. Hay zonas donde son más preventivos, hay programas de educación para la salud, donde se invierte en programas de paciente experto, autocuidado, más en la parte social, y en otras regiones pues no existe, no tenemos esa posibilidad, no tenemos la misma accesibilidad a esos recursos.

28. ¿Qué opina sobre la aplicación del copago a más servicios sanitarios, además de farmacia ambulatoria?

Que se debería de aplicar, porque si no sabemos hacer un uso eficiente, incluso nuestros mismos profesionales nos inducen a hacer ese mal uso. Están también las dos partes, la del ciudadano que quiere lo que sería óptimo y lo que no y también el profesional prescriptor que prescribe más



de la cuenta. En otros países sirve como de criterio modulador del control de la demanda innecesaria, porque hacemos muchas cosas en nuestra práctica asistencial que no deberíamos de hacer. Entonces pues ese copago, un poco, influye en que nuestros recursos hagamos un uso más eficiente y valoremos los usuarios también lo que tenemos, lo que es necesario y lo que no. Muchas veces medicalizamos demasiado nuestra vida y hay pruebas que son innecesarias y nos empeñamos, yo creo que no está mal un pequeño copago que favorezca ese control que tenemos que hacer de los recursos y que al final repercute en que ese dinero que malgastamos innecesariamente pues podamos invertirlo en cosas que aporten mucho más valor y mucha más salud.

29. ¿Qué opina del copago en general?

(respondida anteriormente)

30. En su opinión, su servicio de Salud ¿ofrece una atención sanitaria universal? ¿cómo se implementa?

Sí, seguro. Yo creo que en nuestro sistema sanitario se atienden a todas las personas, tengan seguro, no tengan seguro, atendemos a todas las personas por igual los recursos que disponemos pues son accesibles tengan tarjeta no tengan tarjeta, en nuestra región no hay ese problema, de que no demos asistencia a todos los ciudadanos, aquí a todo el mundo se le atiende con lo que hay pero sin hacer distinción en el tipo de aseguramiento, incluso se intenta desde la parte gestora determinados casos que en otras comunidades dirían “mira esto no lo financia”. Para



colectivos más desfavorecidos se dan esos tratamientos, en esta región no hay ese problema.

31. ¿Qué opina sobre la financiación local de los servicios sanitarios, como ocurre en Alemania?

Quizá a lo mejor se puede hacer así una atención mucho más eficiente, es otro modelo de financiación, nosotros tenemos el problema del control del gasto y que muchas veces no sabemos cómo controlarlo, o se hace eso o hay bolsa de ineficiencia que no sabemos controlar. A lo mejor, con un modelo como el de Alemania nos sirva para no salirnos del presupuesto y hacer una mejor gestión de los recursos. Yo creo que puede ser un buen sistema.

32. ¿Qué opina de los recursos para la atención sanitaria a nivel regional en _ ESPAÑA _? [recursos materiales, fondos del proyecto adquiridos, conocimiento e información, recursos sociales]

Yo creo que es excelente, los recursos sociales yo creo que el presupuesto que debería de ir a esa parte se destina a lo que es la parte más sanitaria más de tecnología, no de investigación, que esa parte no se le puede quitar más de lo que se le ha quitado, pero la parte tecnológica, medicamentos, de ahí no lo hacemos muy bien, no somos de verdad eficientes y eso tampoco está repercutiendo en que tengamos unos mejores indicadores de salud. Yo creo que esa parte es lo que falla y que cada CC.AA. tiene sus presupuestos, tiene su independencia para gestionar, sí que es verdad que hay diferencias entre el tipo de atención que se da en una comunidad a otra. Hay una cartera común pero luego



cada CC.AA. gestiona y da otro servicio que es diferente, y tiene también las circunstancias diferentes.

33. ¿Considera que el modelo de financiación actual permite o es suficiente para la financiación de los servicios sanitarios?

No, yo creo que no, está teniendo ya su techo y su límite, yo creo que los poderes públicos se tendrán que plantear pues como abordar ese presupuesto que necesita el sistema sanitario o como repartir lo que hay. A lo mejor es dejar el presupuesto que hay o repartirlo de otra manera, invertir pues eso en otros aspectos que ahora no se está invirtiendo, pero alguien tiene que tomar a lo mejor esa decisión, pues decir, de todo lo que hay, esta parte pues la dedico aquí, o a salud pública..., a lo que de verdad pensemos que va a aportar eso, más valor y más salud. Más programas, sobre todo programas que mejoren la salud e la población, no tanto hacer más hospitales, más centros de salud, más profesionales, a lo mejor hay que formarlos de otra manera, hay que valorar que es lo que tenemos y como lo podemos repartir mucho mejor. Hacer un uso más eficiente, intentar limitar número de pruebas, estancias innecesarias, consultas innecesarias, la iatrogenia que puede pasar si a una determinada persona al medicalizamos demás y ese dinero pues se puede dedicar a otro tipo de recursos que a lo mejor son necesarios, más centros de día para mayores, y muchas más cosas.

34. ¿Considera que el modelo de gestión de área unificada favorece la gestión de las redes de salud?

Sí, yo creo que sí, si de verdad se hace bien sí.



35. ¿Considera que este modelo de gestión recoge los conceptos de integración horizontal y vertical contemplados en las redes?

Sí, lo que pasa es que luego no se llevan a la práctica, en teoría sí, pero luego no se establecen en esas redes.

36. ¿Se lleva a cabo una verdadera gestión sanitaria en el área de salud?

Sí, pero con esas limitaciones, de dedicarnos solamente a gestionarnos nuestros recursos materiales y no ver más allá y no mirar lo que es la parte social, la parte de prevención, lo que es la parte de educación. En eso es en lo que fallamos.

36.1. ¿de qué factores depende?

Focalizamos nuestra atención en lo que es la enfermedad, en tratar a las personas cuando se ponen enfermas y en hacer asistencia y garantizar la asistencia allá donde el ciudadano vea, y no hacemos más allá. Esa es la gestión que nosotros hacemos, no nos planteamos dedicar nuestro tiempo a hacer otro tipo de actividades, de establecer esas redes y esa cooperación que al final nos daría mejores resultados. muchas veces ponemos un servicio en un sitio y no contamos con que a lo mejor no hay forma de que los pacientes se desplacen de un sitio a otro, y teníamos que haber hablado con el ayuntamiento, con el pedáneo, pues para ver si nosotros ponemos la asistencia aquí, como pueden ir los ciudadanos, muchas cosas que vamos cada uno por nuestro lado. Y luego si es verdad que en los consejos de salud sí que intentamos que haya participación de algunas industrias, de lo que es la parte local, asociaciones, pero al final en muchas ocasiones se queda más en un



órgano consultivo que ejecutivo o de toma de decisiones. Entonces algo que puede ser muy bueno y puede aunar en una buena red cooperativa y de colaboración pues se queda un poco en el papel.

37. ¿Es necesario tener una titulación sanitaria para completar la capacitación regional como gerente de salud?

No, de hecho, puede que los que no tengan esa titulación sanitaria pues tengan otras miras y no miren sólo lo sanitario, sino que miren más aspectos que influyen en la salud y que tenemos que tener en cuenta, muchas veces es mejor que puedan ser igual o mejores gestores sin esa titulación sanitaria. No es una necesidad. Para ser gestor de un área bajo mi punto de vista no necesitas ser sanitario, pueden tener otro tipo de formación, y otras habilidades que quizá los sanitarios no tenemos porque estamos muy metidos en la enfermedad, la salud y no vemos más allá, en hospitales, centros de salud, y no vemos el resto de factores que influyen.

38. ¿Existen oportunidades educativas para los administradores-gerentes de redes de salud (o equivalentes) en _ ESPAÑA _?

Y creo que sí, que hay mucha formación y sí que hay. Hay formación, hay sociedades donde compartir..., si hay posibilidades de formarse y de gestionar.

39. Los conocimientos sobre las Redes de Atención Sanitaria: ¿Forman parte de su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?

Me he formado al margen de mi práctica, en mi formación no tenía esos conocimientos, me he formado por iniciativa propia.



39.1. ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?

No, yo creo que no.

39.2. ¿qué debería incluir?

Debe incluir lo que es una red, para que sirve, como establecer las redes, que parte tiene cada uno, que implicación, todo eso. Que genera esa red, que objetivos...

(?) PREGUNTAS PARA GESTORES NO SANITARIOS SOLAMENTE

La formación en atención a la salud ¿Forma parte de su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica? ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?)

40. La formación en tecnologías y sistemas de la información ¿Forma parte de su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?

Desde su mi práctica, desde que empecé la gestión me he formado en tecnología, yo pienso que tiene que acompañarte esa formación, es una formación que debe ir inherente a tu desempeño como profesional.

40.1. ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?

Sí, yo creo que sí.

40.2. ¿qué debería incluir?

Sobre todo, la comunicación con los ciudadanos, un aspecto muy importante, esa es una parte de como las tecnologías pueden ayudarnos a nuestro trabajo como sanitarios, una parte fundamental, es indispensable. Y sobre todo eso, en un sistema para comunicarnos con

Com.He.Net.

Spain

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



los ciudadanos, y llegar a donde no llegábamos antes, las tecnologías, es una herramienta muy importante.

41. La formación de economía de la salud ¿Forma parte de su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?

Yo me he formado porque yo he querido, he estado en la gestión y considero que es también un aspecto importante.

41.1. ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?

Sí, esa formación sí que se incluye, en nuestro servicio de salud hay una colaboración con la Universidad de Murcia, con el departamento de economía para la salud, y se hacen actividades, proyectos, se ha dado alguna formación, se hacen unas jornadas, sí que hay una parte colaborativa ya hace muchos años, por lo menos con el departamento de la universidad.

41.2. ¿qué debería incluir?

Una parte importante es la de saber evaluar las nuevas tecnologías o los nuevos métodos diagnósticos, eso es una parte fundamental. Yo como gestor cuando me proponen implementar algo tengo que saber si eso de verdad aporta o no aporta, es eficiente o es ineficiente, ósea que yo puedo tomar muchas decisiones que si no sé analizar esos aspectos pues quizá estoy cometiendo errores, yo creo que como todo lo nuevo, todas las tecnologías, cualquier tratamiento yo creo que tiene que pasar por esa evaluación y esa comparación, ese conocimiento de que sí, para que sirve, si hay algo mejor, esa evolución que lo hacen los economistas y te enseñan hacerlo los economistas de la salud. Y es fundamental, se



toman muchas decisiones de ese tipo que deben estar fundamentadas, no se puede gastar el dinero, además dinero público, en bienes, servicios, que realmente no aporten nada a la persona y que no mejoren la salud.

42. La formación humanista y social ¿Forma parte de su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?

Sobre la práctica profesional, la parte más humana, más social, esa sí que la he adquirido en la práctica.

42.1. ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud? ¿qué debería incluir?

Yo creo que no, lo que es la parte de comunicación sí, con la ciudadanía, municipal, sí. Pero esa parte yo creo que poca formación de gestión va incluida esa parte de atención más personal, más humana, teniendo en cuenta todos los aspectos de la persona, no.

43. La formación en gestión y políticas sanitarias ¿Forma parte de su formación como gestor o ha desarrollado su conocimiento desde su práctica?

Pues yo creo que esa es más bien desde la práctica profesional, más que una formación que yo haya adquirido fuera.

43.1. ¿sabe si hoy se incluye en la formación de gestores en salud?

No lo sé, supongo que sí.

43.2. ¿qué debería incluir?



Yo creo que distintos sistemas de gestión sanitaria, como se organiza, gestión por procesos, sí que hay muchos contenidos que debería incluir esa formación.

44. ¿Considera que las nuevas tecnologías favorecen la aplicación de las redes de salud?

Sí, es una parte importante.

44.1. ¿qué opina sobre las experiencias de consulta no presencial o seguimiento a través de las soluciones tecnológicas?

Yo creo que es el futuro, de hecho, nuestro sistema de salud está apostando ahora por ellas, también algo que se hace desde hace años en otros países o en otras comunidades, llevan un poco más de adelanto, y que había pues eso, quizá alguna reticencia de atención. Yo que sé, ahora con lo que ha pasado con la pandemia pues se le ha dado más valor, y puede ser una solución muy buena de cara al futuro. Se está apostando por ella y vamos, yo lo veo fundamental. Dentro de la asistencia tiene cabida la asistencia presencial y la no presencial, y desde luego, tienen valor y se pueden hacer muchas cosas, teniendo la gente delante o teniéndola mediante el móvil, la videollamada, información que yo le pueda mandar, telemática. Ahora tenemos un abanico de posibilidades de comunicación y de seguimiento del paciente que antes no teníamos y que, si lo hacemos a través de nuestro sistema de salud pues que tiene también su punto de seguridad, ósea que además puede ser igual de seguras, eficaces, con las mismas garantías que puede ser la atención presencial.



45. ¿Qué limitaciones cree que presenta no utilizar una historia clínica informatizada única para los dos niveles asistenciales?

Pues que primaria y hospital no se hablen, que el servicio hospitalario no tenga la posibilidad de ver que está haciendo su médico o enfermera de familia en el centro de salud, que otros problemas de salud tiene, vamos parcelando al paciente y que cada profesional vea los suyos y no compartamos o no veamos al paciente como un todo, el problema social, mental, de otro tipo, repitamos pruebas innecesarias, mediquemos mal porque hagamos posibles interacciones entre unos tratamientos y otros, yo creo que eso sería importante. Nuestro sistema tiene un punto de unión de las dos historias electrónicas, la de primaria y al de hospital, pero claro no es lo mismo que si tenemos la misma historia. Como la tiene en España sólo una CC.AA., la misma historia informatizada para todos los niveles de atención.

46. Para el desempeño de su trabajo ¿cuenta con un sistema de indicadores integrado?

Sí, además de hospital y de primaria, yo creo que es fundamental sino tenemos un buen sistema de indicadores, no podemos tomar decisiones con rigor. Yo creo que eso es fundamental, podrán ser imperfectos, podrán tener sus fallos, pero sin un sistema de indicadores, es muy difícil tomar decisiones.

47. ¿Cuáles son los desafíos y problemas clave para los administradores de redes de salud regionales al desarrollar una región de salud en _ ESPAÑA _?



Pues que nos tenemos que poner de acuerdo todos los actores que intervenimos en la salud, cada uno tiene sus intereses y en determinados entornos pueden pesar unos más que otros, o la población puede tener también esa visión, esa necesidad de que necesita a uno más que otro. Ese es nuestro hándicap, nuestro principal problema.

48. ¿Le parece que son una solución a algunos de los retos del SNS? (pedir concretar ejemplo; y si puede ahondar en retos)

Sí, porque podemos complementar pues eso, lo que no podemos asumir de un determinado sector, lo puede complementar otro, yo creo que como al final todo influye, en todo lo que es la parte de versión, pues tiene mucho más peso otro tipo de entidades, de actores que quizá el sistema sanitario, y con esa prevención, con ese entorno favorecedor a la salud, pues al final puede contribuir a una mejor salud y uno de los principales problemas que tenemos, que es el gasto o la cronicidad pues lo pueda favorecer, esa creación de esa red y de ese entorno colaborativo.

49. ¿Existen vías de comunicación entre el servicio regional de salud y las asociaciones no gubernamentales en el modelo de redes?

Sí, menos de las que debería de haber pero sí que hay vías, incluso se favorecen, se potencian, subvenciones destinadas a asociaciones, se cuenta con ellas en los consejos de salud, tanto de área como locales, lo que es un entorno sociativo, sí que tiene peso en nuestro sistema de salud está totalmente integrada con la redes de atención de salud mental, de hecho, pues tenemos casi todas las asociaciones periódica, que es la voz de la persona de la familia, del paciente que tiene un problema, entonces



si de verdad queremos tomar decisiones que la persona plantea y al final da respuesta a sus necesidades al final tiene que plantear conjuntamente con las asociaciones, yo creo que es algo que antes no tenía cabida y ahora forma parte también de nuestra gestión. Trabajar y colaborar con ellas.

50. ¿Cuál cree usted que es el papel de dichas asociaciones?

Canalizar esas necesidades del paciente, de la persona, de la familia, yo creo que también tiene una labor muy importante educativa, lo que es la formación entre iguales. Muchas veces hay asociaciones donde ese apoyo y esa información para el autocuidado de personas que tienen los mismos problemas pues es fundamental y luego que ellas también con los recursos que ofrecen pues van más allá de lo que nosotros podemos ofrecer como sistema sanitario, entonces hay una parte de atención, de acompañamiento, de apoyo, de gestión de determinados recursos, que lo complementan el tejido asociativo. Y yo creo que ahora mismo hace una labor importantísima.

51. ¿Existe una coordinación operativa en el Servicio regional de salud, según el modelo de redes de salud? ¿Qué aspectos considera mejorables?

Yo creo que no, que yo sepa no.

52. Actualmente, en su servicio de salud ¿qué estrategia se está aplicando: recortes, desinversión o reasignación, como mecanismo de control del gasto sanitario?

Yo creo que reasignación y eficiencia en el uso de los recursos. Recortes no, porque nuestro presupuesto va creciendo y no recortamos nada, todo



lo contrario, reasignación, intentando reasignar, pero vamos en la medida que se puede. Yo creo que es intentar gestionar con el presupuesto que tenemos lo mejor posible y tratar de invertir donde es más necesario, donde vemos que hay más necesidades, y desde luego intentar apostar por la atención primaria. Eso también es uno de los objetivos que tiene nuestro servicio de salud, dar más peso a la primaria, dentro de lo que tenía.

53. En su opinión, el nivel de Atención Primaria, ¿dispone de los recursos suficientes para resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población?

Sí, yo creo que sí, que se puede mejorar también, yo creo que la primaria tiene esa capacidad resolutoria, sí que es verdad que tiene el gran problema de la demanda de la población y el no poder dar cabida, pero vamos sí que se cuenta con bastantes recursos, sí que es verdad que hay que dotarla de más recursos, tanto humanos como materiales, y que tenga más capacidad, mayores medios de comunicación con otras especialidades, formación, mejores centros de salud para favorecer la investigación, sesiones, formación..., tenemos que mejorar pero nuestra primaria funciona muy bien.

54. ¿Dispone de información fiable y válida sobre el coste de los procesos que se aplican en la red de salud?

No, de muy pocos, esa información sí que no la tenemos, no.

55. ¿Cuáles son los factores o variables que influyen en que aumenten los costes?



Pues yo creo que sobre todo la variabilidad de la práctica clínica, yo creo que no hay otra explicación.

56. ¿Dispone o se implementan procesos de medición de los resultados y medición de la eficiencia?

De la eficiencia menos, de resultados sí, ya disponemos. Es muy difícil sobre todo si lo queremos automatizar, es muy difícil, medir ese tipo de resultados, tienes que tenerlo todo muy medido, muy informatizado para tener un indicador bueno, eso es muy complicado.

57. En su opinión, la gestión clínica, ¿puede ser una herramienta para la mejora de la eficiencia microeconómica?

Sí, sobre todo en primaria y en determinadas especialidades sí y sí que es verdad que nuestra empresa ha hecho mucha formación sobre todo a los cargos intermedios sobre gestión clínica, sí que apostamos por ese modelo y pensamos que puede tener muchos beneficios y ser mucho más eficiente de nuestra forma habitual de trabajar.

58. ¿Se aplica la integración horizontal y vertical para alcanzar economía de escala?

No, yo creo que no. Es muy difícil en nuestra organización. En organizaciones más pequeñas sí, pero en la nuestra no. Además, está sectorizada en las distintas áreas de salud, sí que es verdad que, para el tema de suministros, se optimiza la gestión de recursos, pero luego por ejemplo algo se hace también en farmacia, pero para el resto no hacemos economía de escala.



59. ¿Qué opina sobre los temas de promoción y prevención de la salud a nivel regional en ESPAÑA? [Provisión de ofertas de salud, superación de barreras de acceso, ofertas para grupos objetivo que son difíciles de alcanzar, etc.] Califique también en una escala del 1 al 10 (10 = excelente, 0 = muy malo).

Bueno yo creo que ahí tenemos la asignatura pendiente, ahí yo creo que el presupuesto que se destina a lo que es la promoción y prevención es bajísimo, se dedican muy pocos recursos, y yo creo que de hecho es uno de nuestros principales problemas, que al final tenemos ausencia de buenos programas preventivos, comunitarios, que favorezcan que la población tome las mejores decisiones, tenga información, y eso es programas preventivos, programas de cribado, yo creo que ahí es donde nos faltaría esa inversión que nos aportaría mucha calidad de vida y mucho salud, por lo menos las futuras.

Pues un 3-4, no tenemos más, el presupuesto es totalmente cambiado, no se puede invertir tan poco en lo que es la salud pública y en los programas, medidas preventivas. De hecho, una parte preventiva nuestra tiene que ir en ese sentido, ósea que nosotros tenemos que tratar la enfermedad y tratar la salud, ósea prevenir la enfermedad.

60. ¿Considera que nuestro modelo sanitario reconoce la estructura familiar como un soporte de cuidados?

Sí.

61. En caso afirmativo, ¿qué repercusión tiene este enfoque familista de atención a la salud sobre la sostenibilidad del modelo sanitario español?



Ahora mismo si quiebra la familia pues nuestro modelo se va al traste, yo creo que tampoco estamos mirando más allá y no invertimos en otros recursos. También soportar cuando no hay esa estructura familiar, ese modelo de cuidados familiares, entonces nos falta.

62. ¿Existe algún programa de apoyo al cuidador informal y/o a la familia?
¿Podría nombrar alguno?

Hay programas, pero a nivel local, a nivel muy local. Normalmente los lleva atención primaria, y no en todas las zonas básicas de salud, sí que hay programas de apoyo al cuidador, a la familia, y hay también asociaciones que para determinados pacientes hacen esa labor y tienen como esa encomienda de apoyo familiar. En nuestro sistema de salud de Murcia, lo suelen hacer, hay muchos sectores de salud que trabajan ese aspecto con las familias, con los mayores y otros que no.

63. ¿Existen redes de apoyo específicas para las familias de pacientes con enfermedades graves o crónicas? Y en su opinión, ¿son suficientes para las demandas actuales?

No, sino es a nivel de tejido asociativo no. Desde luego públicas no.

64. ¿Sería un área estratégica la implementación de más herramientas que permitan adelantarse a la complicación de un proceso crónico?

Claro, si de hecho eso es otra parte de la que tenemos como objetivo trabajar, lo que es la prevención de la cronicidad y lo que es el cuidado de esos pacientes, de esas personas con problemas de salud crónicos, también de esas personas que tienen muchos problemas de salud, que son pacientes de alta complejidad, que tienen que tener un soporte



familiar con muy bien formado y que les de ese soporte, ahí tenemos que invertir más.

65. En su opinión, ¿existe realmente un equilibrio entre las necesidades de la población y estructura/procesos que ofrece el sistema sanitario?

No, yo creo que no. Nuestra población necesita otros recursos que nosotros no le aportamos. Nosotros le aportamos lo que es el sistema de salud, sistema para cubrir sus necesidades en cuanto a enfermedad, pero en cuanto a otro tipo de problemas sociales, familiares, no. Realmente esa parte, económicos..., no. Esa parte no la abordamos, y el sistema sanitario tal y como lo tenemos concebido ahora mismo no.

66. ¿Es el modelo de redes el más adecuado para la gestión de los procesos crónicos?

Quizás sí, yo lo veo más para la prevención. Más que para el abordaje de la cronicidad, pero vamos quizás sí que puede colaborar a paliar ese déficit que ahora mismo tenemos en ese sentido.

67. ¿En qué nivel debe de estar ubicado el paciente crónico complejo, en APS (atención primaria de salud) o en AE (atención hospitalaria)?

El paciente debe estar en primaria y debe estar en su casa, debemos mantenerlo el mayor tiempo posible en su casa, con todo el apoyo posible, asistencia, y ese paciente tiene que estar gestionado por primaria, coordinado puntualmente con el hospital y la persona en su casa, en su domicilio, puede intentar que tenga un buen apoyo, tanto cuidado social, sanitario, pero en su casa.



68. Desde su perspectiva, ¿qué repercusión tiene la no profesionalización de la gestión sanitaria en el desempeño de la gestión de una Red de atención a la salud?

Darle valor a esa red, de lo que es contribuir, trabajar cooperativamente, yo creo que sino se tiene esa formación y no se ve esa necesidad pues realmente es que no. Tiene que existir esa formación y ese conocimiento, un gestor que no tenga otros objetivos o que no le de importancia ese modelo, estará haciendo otras cosas, estará tomando otro tipo de decisiones.

69. ¿Considera que en ocasiones la gestión sanitaria puede estar politizada?

Claro, en ocasiones no, en bastantes ocasiones está politizada. En muchos cargos públicos o muchos gestores son nombramientos de los partidos que hay ahora mismo en el poder. No se elige a un gestor, no lo elige una consultora, ni se elige por su curriculum, muchas veces, otras veces sí. Pero en muchas cuestiones no, se eligen los gestores o se van poniendo y quitando dependiendo del partido que gobierne a nivel local, bueno a nivel regional normalmente.

70. ¿Cree usted que se podrían evitar muertes en el hospital de pacientes terminales que desean morir en su casa?

Claro, muchas. De tener una buena estructura de atención paliativa y de trabajar con la persona y la familia. De hecho, uno de los objetivos es que no se muera ningún paciente paliativo en el hospital, que se mueran en casa. Eso es uno de los objetivos de nuestra atención paliativa en la región.



71. ¿Qué se podría hacer para evitar esta situación?

Si tuviéramos más medios para trabajar la atención paliativa en el domicilio.

72. ¿Tienen un dispositivo de gestión eficaz del duelo?

Sí, yo creo que del duelo en nuestra atención sí que se trabaja mucho y sí que hay mucha formación de casos del duelo y los equipos que trabajan con la atención paliativa se trabaja muy bien. Tanto a nivel de adultos como infantil. Yo creo que esa parte, sí que se trabaja en la región y ahora mismo estamos trabajando en el duelo perinatal. Ósea que sí, lo que es esas capacidades, esa formación en nuestros profesionales que hacen ese tipo de atención sí que lo tenemos. Y yo creo que se hace medianamente bien.

73. ¿Existe una integración de todos los recursos de cuidados paliativos en su servicio regional de salud? ¿cómo se estructura?

No, nos falta dar un último paso y que esa integración sea mucho más efectiva con el hospital y sobre todo con atención primaria. En nuestra región el equipo de paliativos trabaja de forma autónoma y en comunicación con primaria, con los servicios de urgencias, entonces, en esa parte también estamos trabajando en ello para que de verdad haya mejor coordinación la que hay.

74. ¿Qué estrategia plantearía para la derivación del paciente terminal a atención especializada sin pasar por la puerta de urgencias del hospital?

Yo creo que esa vía de comunicación entre el equipo de paliativos del hospital y el de primaria. Esa atención continua y esa comunicación que



permitiría eso, si un paciente necesita un ingreso, con cuidados paliativos, pues esa atención más directa o ese protocolo de atención entre hospital y primaria, sin que el paciente lo llevara a la puerta de urgencias y ahí como un paciente más si deciden ingresar o no. Yo creo que con esa comunicación y esa atención que ocupa muchas horas al día, porque muchas horas al día el equipo de paliativos lleva su teléfono y está localizado para cualquier necesidad, entonces el circuito sería diferente para ese tipo de pacientes.

75. ¿Hay desigualdades en el tránsito del paciente, una vez se accede al sistema sanitario? ¿Podría nombrarlas?

Quizá sí, en determinadas áreas, en determinados servicios sí, y en otros no. Simplemente eso puede producir alguna inequidad, o las listas de espera que no son iguales en unas áreas que en otras, en las distintas especialidades. Por ejemplo, el tiempo de espera quirúrgico, tampoco es el mismo, entonces sí que hay inequidad.

76. Teniendo en cuenta que el 85% de los problemas de salud se atienden en APS (atención primaria). ¿Por qué no se está llevando a cabo la gestión desde APS de los ciclos completos de atención a la salud?

Pues porque a lo mejor no se le ha dado esa capacidad resolutoria, y porque es más cómodo para los profesionales derivar, eso también requiere mucha formación de los profesionales que están haciendo ahora mismo primaria. Mucha formación y requiere también tiempo, que a lo mejor no tienen, porque tienen muchos pacientes para ver al día. Y también ese conocimiento de todos los profesionales, esa comunicación



de las especialidades y primaria, esa capacidad de hacer una consulta rápida. En todo eso se trabaja y cada vez estamos mejor, pero vamos aún queda mucho camino por recorrer.

77. ¿Considera que la gestión de casos puede ser una herramienta que facilite la coordinación entre los niveles asistenciales?

Sí, de hecho, funciona muy bien y si la normalmente la gestión la hace una enfermera pues realmente tiene un valor fundamental sobre todo para el paciente, facilita el tránsito por todos los niveles de asistencia, vamos de una forma mucho más eficiente y da otra calidad de atención.

77.1. ¿Existe en su CCAA gestión de casos?

En determinadas áreas han apostado, no hay un modelo para todo, cada área ha apostado por gestión de casos o bien a nivel de primaria, o en determinadas especialidades, el tema de enfermedades raras, cáncer de mama, genética, oncológica, para determinadas especialidades sí que existe ese modelo y hay una enfermera que hace esa labor de gestión de casos, pero igualmente no hay en todas las áreas.

78. En caso afirmativo, ¿está implementada por áreas o en todo el servicio regional de salud?

Normalmente las áreas más grandes son las que tienen más recursos que pueden destinar a esas tareas. En las áreas más pequeñas, los profesionales están más destinados a actividades más concretas y no tienen ese modelo de gestión de casos.

79. ¿Qué programas informáticos o sistemas de información se utilizan en el servicio regional de salud?



Hay muchos, tenemos las dos historias clínicas y luego hay el Gota para el control del Sintrom, y muchos más. No me los sé todos.

80. ¿Requiere este soporte informático que usted introduzca datos de salud de la Región? En caso afirmativo, ¿qué tipo de datos?

No. Datos del paciente, pero de la región no.

81. ¿Cuál es la información más importante y valiosa que usted obtiene de este software?

La historia clínica, indicadores, una batería, sobre todo, el cuadro de mando de primaria, de hospital, indicadores de gestión. Sino tuviéramos esos datos, de los dos soportes, no tendríamos prácticamente información de forma objetiva. Podríamos hacer auditorias, o medir otras cosas. Pero hay un programa también muy importante que es para la gestión de farmacia, dispensación de tratamientos, sí que hay muchos programas que al final convergen en la historia clínica nuestra, un programa para las transfusiones también. Pero todos están integrados en la historia clínica.

82. ¿Precisa dicho software la introducción de datos procedentes de otras bases de datos externas para su correcto funcionamiento?

No, determinados controles como puede ser el de la glucosa, el sistema como puede ser el de los controles de glucosa tipo Flash o no sé si habrá alguna más de ese estilo, de especialidad, no se si el tema de los implantes, en fin, utilizan otro software externo, normalmente se centralizan en el servicio murciano. Y los que tenemos externos el paciente da el consentimiento también para que se vuelquen los datos y podamos visualizarlo.



83. ¿Qué tipo de información adicional (que no esté aún compilada y procesada) sería útil en el servicio regional de salud?

Yo creo que sería importante que, como está implementado en otros países, los propios ciudadanos introdujesen en nuestra historia clínica, compartiesen sus datos de salud. Por ejemplo, si un paciente se toma la tensión todos los días que pudiera meterla y nosotros verla en nuestra historia clínica. O se hace controles de glucosa, o se pesa, o se pone un pulsioxímetro, sobre todo los pacientes más complejos o el ejercicio que hacen... que se pudieran monitorizar ciertos parámetros muy básicos, pues lo que se están midiendo en su casa y que esas mediciones nos llegaran a nosotros, y tuviéramos información sobre los pacientes, en particular y en general. Ósea que, si hubiera una forma de comunicar con otros datos de salud o que se puedan compartir fuera de nuestro sistema sanitario, no se si por ejemplo el paciente recoge o no una medicación de la farmacia, muchas cosas, el tema de las pulseras de actividad..., aunque sean datos muy básicos nos daría mas capacidad y sabríamos como está y podríamos tomar alguna decisión más sobre cómo está nuestra población y que necesidades tiene. Si el paciente no viene a nuestro sistema pues que también pueda compartir esos datos con nosotros.