Pacte per la Salut

Pacto por la Salud de las Islas Baleares

Govern de les Illes Balears

Pacto por la Salud de las Islas Baleares

Coordinación

- Zaforteza Lallemand, Concha. Subdirectora de Cuidados Asistenciales. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Ureña Morales, Javier. Director general. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Coordinación de los grupos

- Grupo 1 - Reconocimiento, estabilización y captación de profesionales de la salud: Margarita Bujosa Pocoví y Verónica Segura Robles
- Grupo 2 - La modernización y el fortalecimiento de la atención primaria y su capacidad de resolución asistencial y prevención. Vicente Juan Verger y Carlos Raduán de Páramo
- Grupo 3 - Abordaje de la cronicidad: atención centrada en la persona y atención social y sanitaria integrada. Juan Simonet Borràs y Estefanía Serratusell Sabater
- Grupo 4 - La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fomento de hábitos de vida saludables. Elena Esteban Ramis y Rosa Tarragó Llobera
- Grupo 5 - La atención a las enfermedades de salud mental, potenciando la prevención y la atención comunitaria. Alicia González Guillén y Oriol Lafau Marchena
- Grupo 6 - Incrementar la actividad programada y reducir los tiempos de espera para las consultas con el especialista y las intervenciones quirúrgicas. Raúl Lara Hernández y Rocío Amézaga Menéndez.

Revisión lingüística y maquetación

Servicio de Planificación Lingüística de los Servicios Corporativos. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Edición

Servicio de Salud de las Islas Baleares. Octubre de 2024

Cómo citar este documento

Zaforteza Lallemand C, Ureña Morales J [coord.]. Pacto por la Salud de las Islas Baleares. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2024.

Presentación

Siempre hemos oído aquello de «mientras haya salud», «que nunca falte salud» y otras expresiones parecidas, que evidencian que, para todos, la salud es lo más importante. Y porque sabemos que la salud de uno mismo y de sus seres queridos es la máxima preocupación de todos, la salud es no solo nuestra principal responsabilidad en el marco de las competencias que tenemos atribuidas sino también nuestra principal prioridad como Gobierno. Sí, la salud lo primero.

Por ello, por la necesidad de fijar un rumbo claro en la gestión de nuestro sistema sanitario y para definir estrategias estables y perdurables en el tiempo para resolver con garantías de éxito los retos sanitarios que debemos afrontar —como los efectos de una población creciente y cada vez más envejecida, el incremento de las afecciones vinculadas a la salud mental, el riesgo de tener cada vez más especialidades de difícil cobertura o la necesidad de hacer inversiones en infraestructuras y en la modernización de los equipos para adaptarlos a los avances tecnológicos—, hace justo un año convocamos y tendimos la mano a todos los agentes vinculados con la salud para trabajar en un gran pacto social y político por la salud en las Islas Baleares.

Porque somos conscientes de que todos los retos que afrontamos no se arreglan ni con unos presupuestos ni de un día para otro, ni en un año, ni en dos, ni en una legislatura, nos referimos a un trabajo a medio y largo plazo, que va más allá de una o dos legislaturas, y porque queremos dar estabilidad al trabajo que se haga, para no perder la velocidad y el ritmo, para no ir de un lado a otro y para avanzar todos a la vez con el único objetivo de garantizar una atención sanitaria de calidad, eficiente, moderna, humana, de proximidad y desde una perspectiva multidisciplinaria *one health*.

Después de un año, tras horas de trabajo y la implicación de más de doscientos profesionales sanitarios y representantes tanto de los diferentes colectivos como de asociaciones de pacientes, celebramos haber llegado hasta este documento, esta hoja de ruta de la sanidad durante la próxima década, este pacto social y político por la salud.

El Pacto por la Salud representa un mensaje de optimismo y de esperanza para profesionales y usuarios ante los retos complejos que nos pide la salud. Un pacto que supone solo un primer paso para empezar a trabajar, y que ahora deberemos desarrollar entre todos con determinación y convicción. Un Pacto por la Salud que, desde hoy, nos une y nos interpela a todos, y que define el futuro de la sanidad, de la salud, en las Islas Baleares.

Margalida Prohens Rigo
Presidenta del Gobierno de las Islas Baleares

La salud es un derecho de todas las personas, que va de la mano del derecho al acceso equitativo a un sistema sanitario de calidad, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El acceso a la salud es también un derecho que nos iguala y un reto que nos une a la hora de trabajar por un sistema sanitario equitativo, de calidad y que ponga a las personas en el centro de todas las políticas y programas. Somos conscientes de que no es un reto fácil: es un desafío a largo plazo, responsabilidad de todos los actores implicados, y que nos compromete a todos: políticos, partidos, entidades, profesionales, asociaciones, instituciones...

Afrontamos desafíos y escenarios cada vez más complejos: escasez de profesionales, envejecimiento de la población, aumento de la demanda de servicios, incremento de las enfermedades crónicas, irrupción de las nuevas tecnologías, continuos avances científicos, cambios en las demandas sociales y en los modelos de organización sanitaria... Todo ello pone a prueba cada día la capacidad de respuesta del sistema.

De esta necesidad, de este derecho, de este reto nace este pacto social y político por la salud. El Gobierno de las Islas Baleares ha dado un paso audaz impulsando el Pacto por la Salud, porque debemos ser consecuentes y abordar medidas que fomenten la innovación, el reclutamiento de profesionales, la retención del talento, el reconocimiento de los derechos de pacientes y profesionales... En definitiva, nuestra sociedad nos demanda medidas de gestión sanitaria que puedan permanecer en la agenda política a largo plazo, más allá de personas concretas o programas de gobierno cambiantes.

Este Pacto, fruto de un intenso proceso de diálogo con profesionales sanitarios, sindicatos, colegios profesionales, partidos políticos, pacientes y ciudadanos en general, se ha trabajado con el objetivo de ser esta hoja de ruta tan necesaria y ambiciosa que nos permita no desviarnos de este rumbo que a largo plazo transformará la sanidad balear.

Ahora, tras meses de debate con todos los actores del mundo sanitario de las Islas Baleares, ha llegado el momento de firmar los acuerdos alcanzados, que marcarán la hoja de ruta de la sanidad balear para la próxima década. Con todas las aportaciones recibidas hemos plasmado un pacto de todos y para todos, nacido desde abajo y construido hacia arriba para lograr un modelo que garantice a todos los ciudadanos de las Islas Baleares unos servicios de salud dignos y justos, independientemente del lugar donde vivan.

Es un pacto que modernizará y fortalecerá la atención primaria, eje vertebrador de la sanidad pública, un acuerdo que coordinará todos los recursos asistenciales para lograr un abordaje holístico de las patologías de salud mental, que promoverá los estados de vida saludable y el bienestar emocional de la población, y que también ha centrado los esfuerzos en reducir las listas de espera y en abordar la cronicidad. Este Pacto representa nuestro firme compromiso con la mejora continua de nuestro sistema sanitario.

Manuela García Romero
Consejera de Salud del Gobierno de las Islas Baleares

Pacte per la Salut

Índice de contenidos

Prólogo 9

PRIMERA PARTE. El proyecto de participación ciudadana 11

SEGUNDA PARTE. Líneas estratégicas 23

Línea 1. Reconocimiento, fidelización, estabilización y captación de profesionales de la salud 26

Línea 2. Modernización y fortalecimiento de la atención primaria y de la capacidad de resolución asistencial y de prevención 33

Línea 3. Abordaje de la cronicidad: atención centrada en la persona, atención social y sanitaria 44

Línea 4. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fomento de hábitos saludables 51

Línea 5. Atención a los problemas de salud mental potenciando la prevención y la atención comunitaria 59

Línea 6. Reducción de los tiempos de espera para consultas externas e intervenciones quirúrgicas 67

TERCERA PARTE. Pacto por la Salud 77

Lista de entidades y participantes 80

Prólogo

El Pacto por la Salud de las Islas Baleares es una iniciativa de participación ciudadana del Gobierno de las Islas Baleares. El objeto del proyecto ha sido incorporar la voz y la mirada de la ciudadanía para diseñar las líneas estratégicas que deben guiar la valoración de necesidades/oportunidad y las políticas públicas de salud en las Islas Baleares a corto, medio y largo plazo.

Este documento se estructura en tres partes: el proyecto de participación ciudadana, las líneas estratégicas y el pacto.

En la primera parte, «El proyecto de participación ciudadana», se recoge de manera detallada el diseño y cómo se ha llevado a cabo los procesos de participación, de recogida de datos y de análisis. En la segunda parte, «Líneas estratégicas», se especifica cuáles han sido las aportaciones de la ciudadanía para orientar las políticas que han de guiar al sistema de salud de las Islas Baleares en los próximos años. Finalmente, la tercera parte, «Pacto», contiene el compromiso del Gobierno de las Islas Baleares para valorar, integrar, implementar y evaluar las aportaciones que sean viables en la acción de gobierno. También se indica la voluntad en la rendición de cuentas y el seguimiento de las acciones propuestas

PRIMERA PARTE
El proyecto de participación ciudadana

Antecedentes

Sostenibilidad de los sistemas y participación en materia de salud

En las últimas décadas se ha enfatizado la sostenibilidad de los sistemas de salud como organizaciones capaces de responder a tiempo y de manera precisa, pertinente y perdurable a las necesidades de la población en materia de salud. Este énfasis va acompañado de valores como la atención centrada en la persona, la seguridad del paciente y la práctica clínica que aporte valor; dos ejemplos de esto último son la corriente «no hacer» (*do-not-do)*[1] y la gestión centrada en el valor.

Paralelamente al crecimiento de esta cultura política y organizacional, el Consejo de Europa (2001), la Comisión Europea (2023), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2001) y la Organización Mundial de la Salud (2022), entre otros, han promovido la participación ciudadana[2] activa en los procesos de diseño e implementación de políticas públicas. Se ha insistido en que la participación ciudadana no es un «todo o nada», sino un *continuum* en que cada contexto se sitúa según la capacidades, la cultura y la estructura normativa propias (Organization for Economic Co-operation and Development 2001; Salvatierra 2020).

La participación ciudadana en el diseño de políticas públicas de salud tiene un impacto positivo. Por una parte, culturalmente incrementa la calidad democrática, la equidad en la toma de decisiones y la asignación de recursos (World Health Organization 2022). En segundo lugar, en cuanto a la prestación de servicios la participación ciudadana puede informar de preferencias poco visibles para quienes diseñan las políticas (World Health Organization 2022). La participación favorece la mejora de resultados en materia de salud, especialmente si se abordan problemas concretos de ámbito comunitario. En tercer lugar, se han mostrado efectos en el incremento de la alfabetización en materia de salud. Por último, se ha observado un uso más responsable de los recursos, por lo que se asocia a un incremento de la sostenibilidad (Mira *et al* 2018). En esta línea, la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Islas Baleares recoge como principio informador (art. 3.*f*) la participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria por medio de los derechos de información y participación.

[1] Una recomendación de no hacer es una indicación de abandonar una práctica clínica de valor escaso que forma parte de la asistencia sanitaria. El valor escaso lo determina el hecho de que la práctica no reporte ningún beneficio conocido para los pacientes y/o les ponga en riesgo de sufrir daños (Ministerio de Sanidad, 2023).

[2] El concepto *participación ciudadana* no es nuevo, sino que ya en los años 50 y 60 del siglo XX se llevaron a cabo iniciativas de desarrollo rural en países tan diferentes como los Estados Unidos de América, Colombia o China. Por otro lado, en la Declaración de Alma-Ata (1978) se estableció la participación ciudadana como la estrategia primordial para alcanzar su objetivo de «salud para todos en el año 2000».

El contexto de las Islas Baleares y la atención de la salud

Las Islas Baleares se caracterizan por una relación población-territorio que presenta desafíos para que la atención de salud sea equitativa, suficiente, sostenible y de calidad. En concreto, sobre un territorio insular relativamente pequeño (4.992 km^2, que representa el 0,99 % del territorio del estado) en los últimos veintiún años[3] la población se ha incrementado un 23,5 % y alcanzó la cifra de 1.232.014 habitantes en diciembre de 2023. Si nos centramos en el aumento de la población en los últimos diez años, el incremento ha sido de 116.173 personas (9,43 %). La densidad de población es de 247 hab./km^2, superior a la mayoría de las comunidades autónomas. Esta conjunción provoca una gran necesidad de recursos sanitarios, con una organización muy compleja a causa de la insularidad (simple, doble y triple) y la estacionalidad de la demanda turística.

En este contexto, la atracción y la retención del talento es una tarea complicada. En la actualidad hay escasez de profesionales de la salud (World Health Organization 2016), entre ellos médicos de diferentes especialidades y enfermeros. Con los costes de la vivienda y de la vida más elevados que en otros lugares de España, muchos profesionales eligen otros destinos para trabajar. Este punto de partida requiere que el sistema sanitario balear sea imaginativo y despliegue estrategias para atraer profesionales de otras comunidades autónomas y fidelizar a los residentes (de todas las categorías).

Esta falta de personal cualificado afecta a la sostenibilidad del sistema en general y de la atención primaria en particular. Además, la atención primaria requiere un análisis en profundidad sobre el modelo de atención sanitaria (refuerzo hacia un modelo salutogénico) y la capacidad de coordinación y gestión de la demanda.

El incremento de la cronicidad, los problemas de salud mental y el refuerzo de la salud pública son tres de los grandes retos de la atención sanitaria. Respecto a las personas con alguna condición crónica, uno de los resultados que se pretende conseguir es que permanezcan en su lugar de residencia el mayor tiempo posible y con buena calidad de vida. Respecto a las personas afectadas por algún problema de salud mental, se presenta el desafío de erradicar el estigma y de abordar esta condición desde múltiples puntos de vista (de salud, educativo, social, etc.). Respecto a la salud pública, la reciente pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de reforzar los sistemas de promoción de la salud y de la enfermedad, así como la vigilancia epidemiológica y la capacidad de respuesta de las sociedades a las enfermedades transmisibles, con atención especial a las enfermedades emergentes, sin olvidar las actividades de protección de la salud. Por último, es imprescindible buscar soluciones sostenibles a la problemática de las listas de espera. El objetivo es que la atención sanitaria sea accesible y se garantice este derecho a los ciudadanos de las Islas Baleares.

[3] Según datos del Instituto Nacional de Estadística.

El punto de partida del proyecto participativo

Teniendo todos estos factores en cuenta, en septiembre de 2023 la presidenta del Gobierno de las Islas Baleares estableció la necesidad de un pacto político y social por la salud en las Islas Baleares. En este sentido, comunicó a los portavoces parlamentarios el inicio del proceso de participación ciudadana activa. Para ello se elaboró un primer documento con seis posibles líneas estratégicas que debían desarrollarse a corto, medio y largo plazo:

- Línea 1. Reconocimiento, fidelización, estabilización y captación de profesionales.
- Línea 2. Modernización y fortalecimiento de la atención primaria y de la capacidad de resolución asistencial y de prevención.
- Línea 3. Abordaje de la cronicidad: atención centrada en la persona, atención social y sanitaria.
- Línea 4. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fomento de hábitos saludables.
- Línea 5. Atención a los problemas de salud mental potenciando la prevención y la atención comunitaria.
- Línea 6. Reducción de los tiempos de espera para consultas externas e intervenciones quirúrgicas.

Se convocó a personas a título individual y entidades (colegios profesionales, facultades de ciencias de la salud de la Universidad de las Islas Baleares, partidos políticos, sindicatos, asociaciones, asociaciones de pacientes y sociedades científicas) a un acto de presentación que tuvo lugar el 30 de noviembre de 2023 y se les envió ese primer documento con las seis líneas mencionadas. Se invitó a participar a todas esas personas y entidades en la definición de las políticas que deberían desarrollarse en cada línea, y a partir de este momento se inició el proceso participativo que se describe en el apartado «Métodos y participantes».

En el contexto de un mundo interconectado, donde se ha incrementado la complejidad en la gestión de lo público, el propósito global de este proyecto es incorporar la perspectiva y la acción de la ciudadanía en el diseño de las políticas públicas de salud en las Islas Baleares. El resultado esperado es incrementar la capacidad de nuestros gobiernos para desplegar políticas efectivas y legítimas en materia de salud.

Objetivo

Identificar las prioridades de la ciudadanía para las políticas de salud en las Islas Baleares a corto, medio y largo plazo.

El concepto *participación ciudadana*

El concepto *participación ciudadana* es heterogéneo: no existe una definición clara ni universal (Declaración de Menorca 2016; Draper *et al* 2010; Mira *et al* 2018). Se asume que se trata de un *continuum* que va desde la mera información a la ciudadanía para fomentar su autonomía hasta la participación activa en la toma de decisiones (Draper *et al* 2010; Organization for Economic Co-operation and Development 2001), pasando por la consulta ciudadana para proveer información de retorno al Gobierno. De hecho, la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Islas Baleares define (art. 2.*d*) la participación en materia de salud como el fomento de las relaciones y los vínculos entre los organismos, las personas y los agentes de la sociedad civil que pueden facilitar el acceso o la movilización social a favor de la salud.

En este proyecto se asume la última acepción, en la que la ciudadanía se implica en la toma de decisiones en torno a las políticas públicas (Declaración de Menorca 2016). Un ejemplo es proponer opciones para desarrollar políticas de salud (incluso propuestas de desinversión), recibir rendición de cuentas al respecto y participar en el ajuste y la redefinición de las políticas a lo largo del tiempo (Mira *et al* 2018; Organization for Economic Co-operation and Development 2001).

Bajo este concepto, los gobiernos tienen el mandato de seguir ejerciendo su responsabilidad de formular las políticas y tomar las decisiones finales. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Organization for Economic Co-operation and Development 2001) es muy clara en este punto: advierte a los gobernantes que no pueden trasladar a los ciudadanos esta responsabilidad en forma de participación. Por tanto, hay que buscar el equilibrio entre la participación ciudadana y la responsabilidad en la acción de gobierno.

Métodos y participantes

Diseño

Los mecanismos de consulta se pueden adaptar a la realidad de cada proyecto, ya que no existe un modelo único para la participación ciudadana (Gobierno de Navarra 2017, World Health Organization 2022). En cualquier caso, aunque los procesos de participación puedan diferir en sus detalles, se reconoce que todos ellos implican estos elementos: *1)* diversidad en el perfil de participantes; *2)* uso de materiales informativos (por ejemplo, circulación de acuerdos); *3)* discusión y deliberación conjunta, y *4)* retorno del informe final sobre los acuerdos (World Health Organization 2022).

Entre diciembre de 2023 y septiembre de 2024 se hizo una consulta a los ciudadanos de las Islas Baleares. Todos los elementos enumerados en el párrafo anterior se incorporaron a dicha consulta. Se utilizó un abordaje dialógico basado en las aportaciones de Paulo Freire (Freire 2004, Buraschi y Oldano 2022), que reconoce como altamente valiosos los saberes, la experiencia y el punto de vista de los participantes. Dentro de este abordaje se potenció la diversidad, pero también se buscó equilibrar lo máximo posible relaciones de poder desiguales. El objetivo fue crear un entorno en que todas las personas tuvieran voz. Se desarrolló en diferentes etapas:

- **Etapa 1: de diciembre de 2023 a enero de 2024. Invitación a participar y entrada en el campo.** Tal como se ha comentado anteriormente, el 30 de noviembre de 2023 hubo un primer contacto con personas a título individual y entidades. Se les trasladó que la Presidencia del Gobierno de las Islas Baleares tenía la voluntad de consensuar un pacto por la salud. A partir de ahí, se invitó a participar a estas personas y entidades en los seis grupos que se constituirían para trabajar cada una de las seis líneas propuestas. Para coordinar cada línea se designó a dos personas con un perfil que las situara al frente de la priorización y el despliegue de las futuras acciones de gobierno derivadas del pacto. El objetivo era que conociesen de primera mano la sensibilidad ciudadana. También se designó a dos personas para la coordinación general del pacto.
- **Etapa 2: de febrero a mayo de 2024. Consulta ciudadana**. Una vez constituidos los grupos de trabajo, se programó la primera reunión y todos los equipos iniciaron el proceso de consulta. Cada grupo decidió la cadencia de las reuniones y la dinámica participativa que seguirían. Más adelante, en la sección «Líneas estratégicas» se expone un apunte metodológico para cada una de las líneas.

  El objeto de esta etapa era recoger las aportaciones de participantes y también estar pendiente y dar entrada a personas a título individual y/o entidades que no hubieran participado desde el inicio.

  Al final de esta etapa, los coordinadores de cada línea recopilaron las aportaciones y los consensos y los trasladaron a uno de los coordinadores generales del pacto para crear un documento único.
- **Etapa 3: junio de 2024. Análisis y síntesis de las aportaciones**. Uno de los coordinadores generales del pacto recogió la aportación de cada grupo, llevó a cabo un proceso inductivo de análisis y síntesis (se especifica el tipo de análisis en el epígrafe «Análisis») y redactó un borrador con el contenido de las líneas, que se envió a los participantes en la última semana de junio de 2024; no obstante, se puntualizó que se podía continuar haciendo aportaciones hasta el 6 de septiembre.
- **Etapa 4: del 3 de julio al 6 de septiembre de 2024**. **Presentación y validación de los resultados**. Se convocó a los participantes a la presentación del borrador para el 3 de julio, a la cual acudieron unos 160. Además de la presentación formal del borrador, los participantes intervinieron aportando ideas y se les informó de que podían seguir sugiriendo cambios a lo largo de los meses de verano.

- **Etapa 5: del 7 al 30 de septiembre de 2024**. **Cierre de la consulta y cambio de fase**. Una vez recibidas todas los ajustes y sugerencias, se llevó a cabo el mismo tipo de análisis que se hizo en julio y se integró en el documento; es decir, se asumieron las aportaciones y se establecieron los compromisos del Pacto por la Salud.

A partir de ese momento se produjo un cambio de fase: se dispuso el acto de presentación y firma del Pacto por la Salud para el mes de noviembre y la apertura de la fase de análisis estratégico para la toma de decisiones de gobierno. Ello también implicaría una fase de trabajo técnico y de cambio normativo (Gobierno de Navarra 2017), que supondría desarrollar las líneas estratégicas identificadas en el nuevo Plan de Salud de las Islas Baleares. Por otro lado, se entró en la fase de rendición de cuentas, en la que se trasladará a la ciudadanía el estado de desarrollo de cada una de las iniciativas.

Participantes

Participaron personas a título individual, colegios profesionales, facultades de ciencias de la salud de la Universidad de las Islas Baleares, partidos políticos, sindicatos, asociaciones, federaciones, sociedades científicas, corporaciones de la sanidad privada, organismos del sistema balear de salud y expertos en diferentes campos de ciencias de la salud, con un total de 275 personas, la mayoría representado a 74 entidades.

Además, la participación estuvo abierta todo el tiempo para que ciudadanos u organizaciones que no hubieran sido invitados en un primer momento pudieran sumarse en cualquier punto del proceso.

Técnicas de recogida de datos

Las técnicas de recogida de datos fueron múltiples, ya que cada grupo acordó en la primera reunión cuál sería su funcionamiento interno. Además, después de esa primera reunión los coordinadores de cada línea reflexionaron sobre diferentes alternativas y escogieron las que habían pensado que se ajustarían mejor a la temática de su línea y al perfil de los participantes. De este modo, cada grupo utilizó las técnicas de grupo focal (todas las líneas supusieron entre tres y seis reuniones), una encuesta en línea, la técnica Delphi y técnicas de priorización. Las reuniones siempre fueron presenciales sincrónicas, tanto con presencia física como telemáticas.

También se utilizó la comunicación por correo electrónico y la integración de propuestas enviadas fuera de esas técnicas formales. Se pueden observar en detalle las técnicas de recogida de datos en el apartado «Apunte metodológico» de cada una de las líneas que forman la sección «Segunda parte. Líneas estratégicas».

Análisis

Se hizo un análisis temático de tipo inductivo (Braun y Clarke 2006), que busca patrones de significado dentro de los textos y los discursos, para transformar datos *brutos* en un relato fiel, organizado y comprensible.

En primer lugar, a finales de mayo los coordinadores de cada línea enviaron a uno de los coordinadores del Pacto las aportaciones consensuadas durante las reuniones. Este consenso transitó de ser aportaciones individuales de los participantes a ser un documento único por cada línea, de modo que el análisis temático de tipo inductivo a cargo de los coordinadores de línea fue continuo desde la primera reunión.

En segundo lugar, uno de los coordinadores del Pacto hizo el mismo tipo de análisis sobre los documentos recibidos y elaboró una lista de temas y significados con los que armonizó todo el documento. En el análisis se mantuvo el equilibrio entre reproducir las aportaciones de los participantes y hacer una abstracción suficiente para que el texto fuera un relato coherente y no un conjunto de afirmaciones descoordinadas.

Ética del proceso

Los elementos propios de la ética participativa, presentes en este proyecto han sido los siguientes:

- Fomento de la participación y no de la mera información (Organization for Economic Co-operation and Development 2001).
- Participación voluntaria.
- Respeto al derecho a declinar en cualquier momento la participación en el proyecto sin tener que dar explicaciones.
- Fomento del diálogo genuino como manera de multiplicar las opciones y las aportaciones (Buraschi y Oldano 2022).
- Fomento de un entorno confiable, en el que todas las opiniones fueran válidas, sin prevalencia de unas sobre otras (Freire 2004).

Rigor

La validez del proceso participativo es difícil de establecer metodológicamente; sin embargo, algunos rasgos comunes a la mayoría de proyectos son los siguientes:

- Adhesión de los participantes al proceso (Kemmis y McTaggart 2005: 571): en procesos participativos se asume que la adhesión en el tiempo de los participantes es un indicador de que el proyecto tiene un significado genuino para ellos y, por tanto, lo reconocen como una dinámica que recoge sus inquietudes y se desarrolla como debe.
- Búsqueda conjunta de consensos: las sucesivas reuniones y estrategias de recogida de datos se han planificado para que produjeran esa confluencia de significados, pero también para que se reflejaran intereses divergentes de manera razonable.

- Confirmación de significados para los participantes (*member checking*), ya que, una vez que los coordinadores de línea y del Pacto han completado los análisis y las síntesis, se ha *devuelto* el análisis a los participantes para poder ajustarlo, en caso de haber interpretado de manera errónea alguna de las aportaciones (Gobierno de Navarra 2017; Luengo 2010).

Desafíos metodológicos

A lo largo de los procesos participativos se producen una variedad de desafíos y limitaciones (Frankish *et al* 2002). En este caso destacan los siguientes:

- En cuanto al reclutamiento, ha sido difícil identificar a todos los posibles grupos y personas de interés. Para paliar esta situación y ser lo más inclusivo posible, se ha estado atento a cualquier demanda de participación y se ha incluido a toda persona a título individual o entidad que mostrara interés en ello, aunque el proceso ya estuviera en marcha. Sin embargo, puede que haya quien sienta que su voz no se ha escuchado en todo su potencial.
- Dado que se trata de una consulta de nueve meses de recorrido, con reuniones y acciones recurrentes, es posible que haya personas que, aun queriendo participar en el proceso, hayan participado irregularmente a causa de otros compromisos personales y profesionales. Por ello, en junio de 2024 se compartió con los participantes un primer borrador de síntesis y el proceso participativo se extendió hasta el 6 de septiembre.
- En cuanto a las expectativas, se asume que el concepto *participación ciudadana* puede ser interpretado de manera diferente por cada persona, especialmente cuando no se ha establecido previamente un consenso sobre su significado. Por este motivo es posible que las expectativas de los participantes no concuerden con el desarrollo de la acción participativa, lo cual a algunos de ellos puede provocarles malestar. Para gestionar este particular, se ha buscado mantener informados constantemente a los participantes y aglutinar todas las sensibilidades.
- En cuanto a las agendas y los intereses, ocurre algo parecido a lo ocurrido con las expectativas: muchas entidades, de manera legítima y pertinente, aportaron sus prioridades y demandaron acciones detalladas. En los procesos de compilación y síntesis se pueden perder esos detalles por el hecho de quedar integrados en acciones más globales o en acciones que requieren una valoración previa para la toma de decisiones; y, al revés, necesidades que afectan a poblaciones muy minoritarias pueden no quedar reflejadas en dinámicas como la que nos ocupa. Para abordar esta cuestión, se ha buscado el equilibrio entre el detalle y la abstracción, pero también mantener la voz de pacientes/personas *no asociados*, así como un equilibrio entre el interés general y los intereses corporativos (Declaración de Menorca 2016).

Bibliografía

- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual. Res. Psychol. 2006;3(2):77-101.
- Buraschi D, Oldano N (2022). La herencia de Paulo Freire en las prácticas participativas dialógicas. Revista de Educación Social. 2022;35:404-418. *eduso.net/res/wp-content/uploads/2022/12/res-35.miscelanea.5-daniel.pdf* [consulta: 22/10/2024].
- Declaración de Menorca sobre participación en salud: conclusiones del encuentro «Participación ciudadana en políticas de salud». Escuela de Salud Pública de Menorca; 2016.
- Draper AK, Hewitt G, Rifkin S. Chasing the dragon: developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. Soc. Sci. Med. 2010;71(6):1102-1109. *obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Chasing-the-dragon-developing-indicators-for-the-assessment-of-community-2010.pdf* [consulta: 22/10/2024].
- Frankish CJ, Kwan B, Ratner PA, Higgins JW, Larsen C. Challenges of citizen participation in regional health authorities. Soc. Sci. Med. 2022;54(10):1471-1480. *sites.ualberta.ca/~dcl3/public%20participation%20and%20hc%20dm/public participation + health policy - pubmed/challenges of citizen participation in rha.pdf* [consulta: 22/10/2024].
- Freire P. Pedagogia de l'esperança. Xàtiva (la Costera): Edicions del Crec; 2004.
- Gobierno de Navarra. Claves para una participación ciudadana de calidad en las entidades locales. Pamplona: Departamento de Relaciones Ciudadanas e Institucionales del Gobierno de Navarra; 2017. *gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/gobernanza/01_clavesparticipacion_castellano_red.pdf* [consulta: 22/10/2024] [consulta: 22/10/2024].
- Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. En: Denzin NK, Lincoln YS (ed.). Handbook of qualitative research (3ª ed.). Thousand Oaks (California, EE. UU.): Sage; 2005.
- Luengo González R (2010). Validación de estudios cualitativos: estrategias de verificación. Nure Investigación. 2010;48(sept-oct). *dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7712239.pdf* [consulta: 22/10/2024].
- Ministerio de Sanidad. Excelencia clínica: «No hacer» [en línea]. *www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/home.htm* [consulta: 22/10/2024].
- Mira JJ, Carrillo I, Navarro IM, Guilabert M, Vitaller J, Pérez-Jover V, et al. La participación ciudadana en salud. Revisión de revisiones. Anales Sis San Navarra. 2018;41(1):91-106. *scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000100091* [consulta: 22/10/2024].
- Nussbaum MC. El cultivo de la humanidad: una defensa clásica de la reforma de la educación liberal. Barcelona: Paidós; 2005.
- Organization for Economic Co-operation and Development. Citizens as partners: OECD Handbook on Information, Consultation and Public Participation in Policy-Making [en línea]; 15/11/2001. *www.oecd-ilibrary.org/governance/citizens-as-partners_9789264195578-en* [consulta: 22/10/2024].

- Recomendación (2001) 19 del Comité de Ministros a los estados miembros sobre la participación de los ciudadanos en la vida pública local. Consejo de Europa; 6/12/2001.
- Recomendación (UE) 2023/2836 de la Comisión sobre la promoción del compromiso y la participación efectiva de los ciudadanos y las organizaciones de la sociedad civil en los procesos de elaboración de políticas públicas. Comisión Europea; 20/12/2023. *www.boe.es/doue/2023/2836/L00001-00011.pdf* [consulta: 22/10/2024].
- Salvatierra RP (2020). Gestión estratégica de la participación utilizando principios de diseño: un modelo para la co-creación de valor en organizaciones basadas en servicios [edición preliminar]. *www.researchgate.net/publication/344961846_Gestion_Estrategica_de_la_Participacion_Utilizando_Principios_de_Diseno_Un_Modelo_para_la_Co-creacion_de_Valor_en_Organizaciones_Basadas_en_Servicios* [consulta: 22/10/2024].
- World Health Organization. Global strategy on human resources form health: workforce 2030. Ginebra (Suiza); 2016. *iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf* [consulta: 22/10/2024].
- World Health Organization. Implementing citizen engagement within evidence-informed policy-making: an overview of purpose and methods. Ginebra (Suiza); 2022. *iris.who.int/bitstream/handle/10665/364361/9789240061521-eng.pdf* [consulta: 22/10/2024].

SEGUNDA PARTE
Líneas estratégicas

Como se ha comentado, se constituyeron seis grupos de trabajo integrados por ciudadanos, profesionales, asociaciones, partidos políticos, colegios profesionales, etc., que entre febrero y septiembre de 2024 han trabajado seis líneas estratégicas con diferentes áreas de acción cada una. A continuación se presentan dichas seis líneas; en cada una se ofrecen antecedentes y consideraciones, objetivos, un breve apunte metodológico específico y los ámbitos de actuación.

Dada la naturaleza participativa del proyecto —cada grupo ha creado dinámicas y discursos diferentes— y la diferente idiosincrasia de cada línea —algunas son más amplias, otras generan más debate o parten de un punto de mayor desarrollo previo—, el contenido de las líneas presenta diferencias. Por una parte, dentro de la orientación metodológica global, el equipo de cada línea ha escogido técnicas de recogida de datos y flujos de información que ha considerado adecuados a sus características. Por otra parte, las propuestas de cada equipo tienen intensidades y detalles diferentes. Se ha querido respetar al máximo las aportaciones de los participantes con los objetivos de que se vieran representados en el informe final y de no perder información. Algunas aportaciones muy detallistas no han quedado explícitamente descritas, ya que están implícitamente incluidas en los ámbitos de actuación.

Por otro lado, se han mantenido algunos ejemplos de impacto o de resultados esperados con el objeto de ilustrar el sentido del área propuesta. Todos estos factores tienen como resultado un compendio que presenta ciertas diferencias formales entre las diferentes líneas.

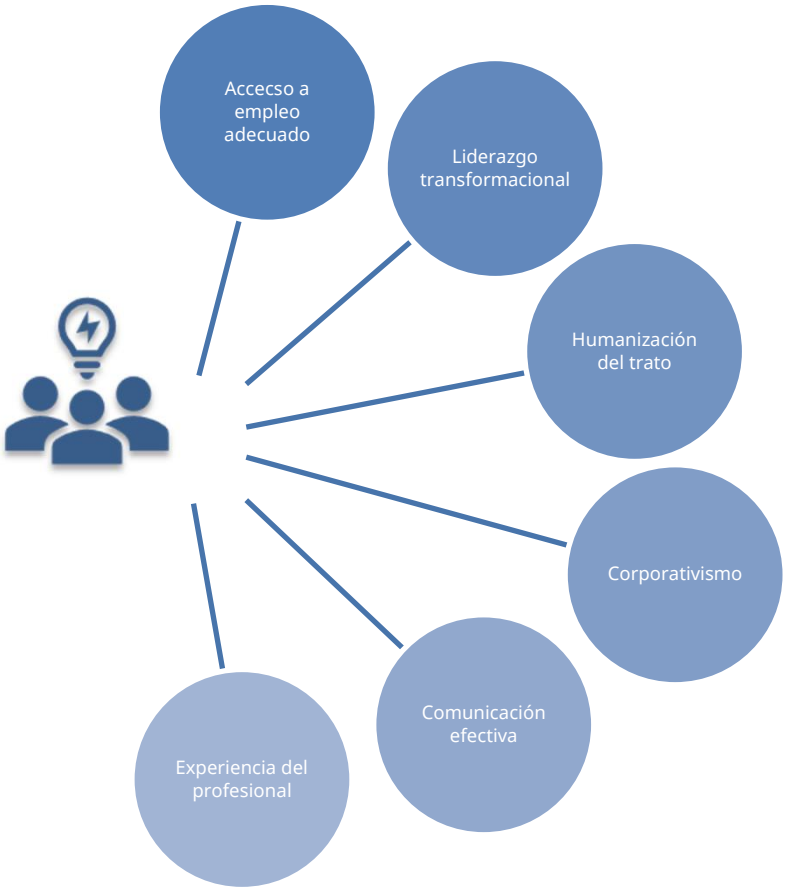
Línea 1. Reconocimiento, fidelización, estabilización y captación de profesionales de la salud

Antecedentes y consideraciones

En los últimos años, los sistemas de salud han tendido a organizarse para ofrecer una atención centrada en el paciente, buscando no solo resultados clínicos sino también integrando sus experiencias y expectativas y adaptando el entorno a sus necesidades.

Este objetivo solo es alcanzable si el modelo de gestión de los recursos humanos sigue un modelo centrado en el profesional, con una orientación de *cuidado al cuidador* y en el que se establezcan estrategias para incrementar el capital social de la organización.

Si bien en los servicios públicos de salud muchas de las medidas dependen de cambios normativos y de la negociación con agentes sociales, se perciben muchas propuestas que sin duda responden a la necesidad corporativa de establecer iniciativas gestoras del cambio para adaptarse a la situación, a las necesidades y a las inquietudes de los profesionales.



Apunte metodológico

Una vez establecido el grupo y conocidos los objetivos, se ha optado por seguir la metodología Delphi. Se ha diseñado y se ha completado esta secuencia:

1) Reunión introductoria.
2) Encuesta inicial basada en los pilares en los que se asientan las dificultades actuales de los recursos humanos del Servicio de Salud de las Islas Baleares:
    - Geografía, infraestructuras y calidad de vida.
    - Capacidad de captación y fidelización.
    - Humanización y calidad de la gestión de los recursos humanos.
3) Reunión presencial (9 de abril de 2024), en la que se ha presentado el informe de resultados de la encuesta a partir de la cual se ha creado un subgrupo de trabajo por cada una de las líneas de la encuesta (el subgrupo de geografía, infraestructuras y calidad de vida ha quedado vacante).
4) Creación de un equipo en la aplicación Teams y un repositorio en Google Drive para mantener una comunicación fluida y un debate crítico y aportar propuestas en un mismo documento colaborativo.
5) Reunión presencial (30 de mayo de 2024) para presentar el informe de propuestas y hacer un *member checking*.[4]
6) Encuesta de priorización de estrategias a partir del informe de propuestas.
7) Elaboración del informe final.

Objetivos

Objetivo general

Disponer de suficiente capital humano para asegurar la prestación de salud en el Servicio de Salud y que dicho capital humano tenga un sentimiento de pertenencia y satisfacción con la organización.

[4] *Member checking* es una estrategia que se utiliza habitualmente en investigación social para asegurar que los investigadores, al analizar el discurso de los participantes, han comprendido bien el sentido de sus aportaciones y las han interpretado correctamente. Consiste en compartir esa interpretación con los participantes, darles la oportunidad de modificarla o matizarla y finalmente incorporarla. En el caso de este proyecto, equivale a la revisión a cargo de los participantes de la síntesis que van haciendo los coordinadores de las líneas conforme avanza el proceso, incluyendo las modificaciones que se sugieren. También equivale al proceso de revisión y aportación final a lo largo de los meses de julio y agosto de 2024, en que los participantes han tenido acceso a un borrador del documento completo y han podido revisarlo y modificarlo incorporando lo que han considerado oportuno.

Objetivos específicos

- Atraer el talento al Servicio de Salud y a otros órganos de la Consejería de Salud.
- Construir entornos éticos de trabajo.
- Asegurar la comunicación fluida con las diferentes gerencias del Servicio de Salud.

Ámbitos de actuación

Se han presentado cinco áreas según el orden de importancia. En cada uno de los apartados posteriores, las iniciativas también se han plasmado priorizadas según el nivel de impacto positivo que podrían aportar:

1) Medidas de fidelización.
2) Estrategias de captación.
3) Clima de trabajo.
4) Formación.
5) Comunicación.

Ámbito 1. Medidas de fidelización de los profesionales

VALORES: reconocimiento profesional, flexibilidad, adaptación, conciliación.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- EVALUACIÓN Y RETRIBUCIÓN DEL DESEMPEÑO. Establecer estrategias de evaluación del desempeño por medio del cumplimiento individual de los objetivos, teniendo en cuenta no solo los resultados en materia de salud o administrativos (según cada categoría) sino también la satisfacción según la expectativa del usuario. Será necesario construir indicadores que midan estos impactos, sensibles a la aportación de los diferentes profesionales a lo largo del proceso asistencial.
- CARRERA PROFESIONAL. Analizar el actual sistema de carrera profesional y buscar modelos que permitan al profesional visualizar su futuro de progreso y promoción dentro de la organización.
- CONCILIACIÓN Y FLEXIBILIDAD. Buscar estrategias que permitan la conciliación de manera que no suponga mermar la calidad ni la intensidad de la atención sanitaria y que, a la vez, puedan ser disfrutadas por el trabajador. Será necesario, por una parte, conocer cuáles son las preferencias y las expectativas de los trabajadores y, por otra, la factibilidad y la evidencia científica sobre las diferentes medidas que se propongan. Un ejemplo en este sentido es la flexibilización de los horarios y los turnos, como medida de humanización de la gestión de los recursos humanos.
- VIVIENDA. Tratar *a nivel macro* el déficit de vivienda a fin de adoptar soluciones desde una perspectiva holístico-autonómica. Algunos participantes aportan ideas, tales como la colaboración con el Ministerio de Defensa para el uso de infraestructuras residenciales, la colaboración con residencias de estudiantes y la exploración de programas de corresidencia con ancianos.

- PRESTIGIO. Difundir campañas de sensibilización y valoración de todos los profesionales de la salud que permitan a la población identificar la aportación y el valor de cada uno de ellos.

  Adoptar medidas que permitan revertir el desprestigio a categorías como la medicina familiar y comunitaria en la atención primaria. Algunos ejemplos son los siguientes: revisar ratios y salarios, mejorar los procesos y los criterios de derivación entre la atención primaria y la atención hospitalaria, fomentar el reconocimiento de la medicina familiar y comunitaria como especialidad análoga al resto por medio de campañas, y descargar de tareas no estrictamente sanitarias (excesiva burocracia, herramientas de inteligencia artificial).

- ACOGIDA A PROFESIONALES RECIÉN INCORPORADOS. Establecer planes de acogida y periodos de adaptación regulados para las incorporaciones recientes. Para lograrlo es necesario que en cada servicio haya trabajadores de referencia.

- ADAPTACIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO. Diseñar un itinerario de adaptaciones de los puestos de trabajo vinculado a la edad y la condición física *vs.* enfermedad (Servicio de Prevención de Riesgos Laborales).

- FIDELIZACIÓN EN DISTINTOS CONTEXTOS DEL SISTEMA DE SALUD. Analizar entornos laborales —por ejemplo, los integrados en la Dirección General de Salud Pública— con el objetivo de establecer dificultades de captación y fidelización de profesionales en esos contextos y buscar soluciones que permitan captar el talento.

Ámbito 2. Estrategias de captación

VALORES: reconocimiento profesional, estabilidad.

En los próximos años se espera que el número de jubilaciones requerirá reemplazar a los trabajadores retirados. El contexto es la dificultad para captar profesionales especialistas, por lo que se requiere una intervención gubernamental.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- PLANTILLA ORGÁNICA. Elaborar un plan de ordenación de los recursos humanos y dotar la plantilla orgánica estructural según las necesidades asistenciales actuales. Este plan debería conseguir reducir al mínimo indispensable la contratación de duración corta y, por tanto, incrementar la oferta de contratación de duración larga.

- ESPECIALISTAS. Hacer un seguimiento de los residentes (de todas las categorías) desde antes de la residencia hasta que esta se complete (Unidad Corporativa de Atención al Profesional). Dar continuidad al proceso de integración y conversión de plazas de enfermería especialista según las necesidades de la población. Solicitar al Ministerio de Sanidad mayor agilidad en la resolución de los reconocimientos de especialidades (de todas las categorías) sin perder el rigor y el compromiso con la calidad asistencial. También revisar ratios de especialistas consolidadas, como por ejemplo la de matrones/matronas, para adecuarlas a las necesidades de la población.

- OFERTA DE EMPLEO PÚBLICO. Establecer convocatorias periódicas de oferta de empleo público estable para todas las categorías, especialmente en las especialidades de enfermería emergentes, que no estaban previstas hasta ahora.
- BOLSA ÚNICA DE EMPLEO. Revisar los criterios y los acuerdos de bolsa única con el objeto de asegurar la calidad y la seguridad asistenciales y la disminución en la rotación de los profesionales.
- GESTIÓN DE PROFESIONALES Y ORGANIZACIONES. Analizar la situación laboral y retributiva de los cargos directivos y de gestión y promover unas condiciones adecuadas, con énfasis en los cargos intermedios. En este sentido, en relación con la seguridad del paciente y el buen clima de trabajo, promover que los cargos intermedios estén capacitados en gestión de la calidad, dirección de equipos y gestión transparente.

Ámbito 3. Clima de trabajo

VALORES: ética del cuidado.

Una de las maneras óptimas de fidelizar e imprimir el sentimiento de pertenencia corporativo es, sin duda, potenciar un ambiente de trabajo sano y adecuado que redunde en incrementar el bienestar de todos los trabajadores.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO. Hacer mapeos de diferente naturaleza y metodología con el fin de identificar áreas de mejora en cuanto al clima laboral, las inquietudes, la sobrecarga asistencia, el síndrome de desgaste profesional, etc. El objetivo es establecer acciones adecuadas a cada contexto, casuística y situación. Un ejemplo de posibles acciones sería establecer servicios de apoyo psicoemocional al profesional para la gestión del estrés y/o el síndrome de desgaste profesional (*burnout*).
- MEDIACIÓN. Establecer un departamento de análisis y mediación que infunda un modelo transformacional que fomente el trabajo en equipo y el desarrollo profesional impulsando las iniciativas y los intereses propios de cada profesional en el ámbito de sus competencias.
- HÁBITOS SALUDABLES. Facilitar y fomentar hábitos de vida saludables, así como actividades de desarrollo de equipos:
  - Ejercicio físico: valorar la posibilidad de programas internos y externos, y de descanso activo, tanto de manera presencial como virtual.
  - Nutrición.
  - Descanso adecuado.

Ámbito 4. Formación

VALORES: accesibilidad a la formación, calidad, sostenibilidad.

Aunque actualmente hay programas de formación transversal y formación continuada para el personal funcionario, estatutario y laboral del Servicio de Salud, según un análisis cualitativo y cuantitativo se ha considerado que es necesario emprender estas acciones:

- PROPUESTAS SOBRE LA CAPACIDAD FORMATIVA: se han puesto ejemplos que pueden ayudar a que la propuesta formativa de las diferentes gerencias sea accesible y dimensionada para los diferentes profesionales:
  - Calcular las plazas de formación no solo con la plantilla estructural, sino también respecto a la no estructural.
  - Ajustar el contenido de los programas a la demanda real de los profesionales según categorías y/o especialidades.
  - Incrementar el cómputo anual de horas de formación y garantizar que se pueda disponer de ellas.
  - Difundir un programa formativo anual que permita una organización y una conciliación personal adecuadas.
  - Impartir todas las acciones formativas a cargo de personas e instituciones ajenas a intereses comerciales u otros.
- GESTIÓN DE LA CALIDAD: fomentar la actualización de los actuales cargos intermedios y altos en gestión sanitaria, gestión de equipos, gestión del síndrome de desgaste profesional, habilidades de comunicación, y normativa corporativa aplicable según las competencias.
- INVESTIGACIÓN: incentivar e incluir en la jornada laboral la posibilidad de participar en programas de investigación.
- SOSTENIBILIDAD: facilitar la sostenibilidad económica y medioambiental del sistema sanitario promoviendo programas de formación sobre el uso racional del medicamento y otros recursos del Servicio de Salud, así como formación en temática comunitaria (prevención).

Ámbito 5. Comunicación

VALORES: coordinación.

El número de gerencias, servicios, unidades, casuísticas y rotación de profesionales requiere que la calidad y la cantidad de la comunicación entre departamentos sea de un nivel exquisito. Si bien se han iniciado proyectos para mejorar este aspecto, tiene gran importancia seguir apostando por el cambio y la homogenización de los procesos.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- COORDINACIÓN ENTRE GERENCIAS. Hacer reuniones periódicamente entre todas las gerencias para unificar criterios, resolver dudas y comunicar actualizaciones o nuevas instrucciones de los Servicios Corporativos.
- DIFUSIÓN DE CAMBIOS NORMATIVOS. Comunicar los cambios en la normativa que afecten a los profesionales con anticipación suficiente para que se puedan difundir. Sería útil disponer de un acceso directo a normativa del Servicio de Salud en la intranet de cada gerencia.

Línea 2. Modernización y fortalecimiento de la atención primaria y de la capacidad de resolución asistencial y de prevención

Antecedentes y consideraciones

Actualmente se están desarrollando algunas de las acciones propuestas en el Plan Estratégico de Atención Primaria del Servicio de Salud de las Islas Baleares 2022-2025. De la participación ciudadana han emergido otras propuestas, que se tendrán en cuenta para planes futuros.

El trabajo desarrollado —de manera participativa y consensuada— en esta línea se ha enfocado en detectar las áreas de mejora en la atención primaria y lograr que sea el eje en que pivote el sistema sanitario de las Islas Baleares.

Se han trabajado nueve líneas y se han puesto como ejemplo algunas acciones que se podrían desarrollar; todas han sido propuestas, trabajadas y aceptadas de manera consensuada por los miembros del Grupo de Trabajo 2. Se ha pretendido que sirvan para potenciar la atención primaria, modernizarla, fortalecerla, incrementar su capacidad de resolución y ajustarla a las demandas y a las necesidades de los ciudadanos durante los próximos diez años.

Apunte metodológico

En el periodo de enero a junio de 2024 se han hecho cinco reuniones (presenciales o por videoconferencia) con la participación de representantes de diferentes colectivos de la atención primaria, en las que se han presentado numerosas aportaciones que son el resultado de la escucha, el debate, el trabajo y un importante esfuerzo de dedicación de todos los miembros del Grupo de Trabajo 2.

Cronograma de las reuniones del Grupo de Trabajo 2

- Presentación de participantes del Grupo de Trabajo 2 y primera sesión de trabajo: 31/01/2024 en las aulas de docencia del Hospital Universitario Son Espases (HUSE).
- 2ª sesión de trabajo: 21/02/2024 en las aulas de docencia del HUSE.
- 3ª sesión de trabajo: 12/03/2024 en las aulas de docencia del HUSE.
- 4ª sesión de trabajo: 17/04/2024 en las aulas de docencia del HUSE.
- 5ª sesión de trabajo: presentación del borrador y discusión. 29/05/2024 en el aula de formación de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.
- Documento de acuerdo.

Objetivos

Objetivo general

Elaborar una propuesta de pacto por la salud relativo a la atención primaria, acordado con los agentes implicados, con la finalidad de impulsar y mejorar la atención primaria en las Islas Baleares.

Objetivos específicos

- Reforzar la Atención Primaria para facilitar el acceso de los ciudadanos.
- Potenciar el compromiso de las Islas Baleares con el liderazgo de la atención primaria.
- Detallar las acciones propuestas en el marco del pacto durante los próximos años.

Ámbitos de actuación

Ámbito 1. Garantizar la accesibilidad universal de la población a la prestación de servicios de la atención primaria

VALORES: adaptación, equidad, dimensión humana, centralidad de la atención primaria, orientación al ciudadano, participación comunitaria, universalidad (colectivos vulnerables, cronicidad, neurodivergencia, etc.), corresponsabilidad, calidad.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- ACCESIBILIDAD. Garantizar en el tiempo adecuado y en la forma idónea el acceso de los ciudadanos a la cartera de servicios de la atención primaria. Se ha puesto énfasis en la equidad en el acceso independientemente de la isla/lugar donde resida el usuario (por ejemplo, en referencia a la atención oncológica), de si está institucionalizado, de si pertenece a algún colectivo vulnerable o de si está en situación irregular. Se han puesto como ejemplos de resultados deseables el acceso a la prestación de salud inicial en la atención primaria dentro de un plazo de 48 horas desde que se presenta la demanda, y la desburocratización del proceso. Para lograrla se propone ampliar las prestaciones en la app Cita Prèvia (por ejemplo, incluyendo la cita con la matrona). Otra propuesta es garantizar la accesibilidad telefónica a los centros de salud y revisar los circuitos de Infosalut Connecta para facilitar el contacto del ciudadano con su equipo de atención primaria.
- HUMANIZACIÓN. Garantizar la adaptación del entorno a las necesidades del usuario. Se ha reflexionado sobre la accesibilidad cognitiva, comunicativa y sensorial, como por ejemplo en personas con dificultades para la interpretación del contexto o personas con problemas causados por la barrera idiomática. Se ha destacado la necesidad de apoyo de los profesionales sanitarios para dar respuesta a personas con algún déficit sensorial. Algunos ejemplos de resultados deseables: creación de señalética y herramientas de accesibilidad cognitiva, guía de apoyo visual sanitaria (sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, SAAC), protocolo de asistencia amigable, sistemas de comunicación aumentativa y alternativa, acceso a intérpretes de lengua de

signos, acceso a intérpretes de diferentes lenguas, inclusión de elementos de lectura fácil en documentos de salud complejos como es el caso de informes o sistema de Receta Electrónica.

- ATENCIÓN DOMICILIARIA. Dado que se ha considerado que el Programa de Atención Domiciliaria es uno de los puntos clave de la atención centrada en el paciente, hay que diseñar la atención primaria para garantizar esta prestación para todas las personas que lo requieran.
- PERSPECTIVA DE GÉNERO. Progresar para integrar la perspectiva de género en el abordaje de los usuarios de la atención primaria.
- CONTINUIDAD ASISTENCIAL. Progresar en el proceso de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Se ha reflexionado en torno a fortalecer la gestión de casos, las derivaciones, la gestión de alarmas y etiquetas, la gestión de la demanda, la coordinación con el 061, etc.
- CONFIDENCIALIDAD. Trabajar para que los centros de salud y las unidades básicas de salud cumplan los estándares como entornos confidenciales y se garantice la confidencialidad de los datos de los usuarios.
- CORRESPONSABILIDAD. Conseguir que el paciente pueda responsabilizarse de pedir sus citas, cambiarlas y anularlas (en caso de no poder acudir a la consulta) desde el portal web.
- EQUIDAD. Monitorizar las desigualdades en materia de salud, desde una perspectiva comunitaria, en cuanto a los determinantes sociales de la salud y la accesibilidad.

Ámbito 2. Reorientar el modelo de la atención primaria hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con perspectiva comunitaria

VALORES: participación, mirada integral y global, promoción de una vida saludable.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. Desde un modelo salutogénico, implantar la participación de la comunidad en el diagnóstico de la salud, el diseño, la planificación, el desarrollo, la implementación, la evaluación y el ajuste de los planes de salud. Se ha puesto énfasis en el desarrollo de los tres niveles de la salud comunitaria (individual-familiar, grupal y colectiva). Algunos de los resultados que se pretende lograr son el empoderamiento de los ciudadanos, la corresponsabilidad, la seguridad del paciente, la participación de las asociaciones o el aprovechamiento máximo de las capacidades de la comunidad.
- PERSPECTIVA «UNA SOLA SALUD». Incorporar el enfoque «Una sola salud» y de salud pública en todos los procesos de vigilancia, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La relevancia de las zoonosis (en especial la emergencia de nuevos agentes patógenos y la reemergencia de otros ya conocidos) y la problemática derivada de las resistencias antimicrobianas en sus facetas humana, animal y

medioambiental son ejemplos cercanos que justifican esta perspectiva y la colaboración con agentes de salud, como los veterinarios.

- PROMOCIÓN DE LA SALUD. Fortalecer las estrategias para promover hábitos de vida saludables y fomentar la actividad física. Se ha enfatizado la continuidad del Programa Pacient Actiu como un proyecto que aúna la promoción de la vida saludable y la atención a la cronicidad, en el que destaca el papel de las asociaciones. También se han considerado de interés actualizar el mapa de los activos en salud de cada zona básica de salud y las rutas saludables (ya llevado a cabo) y el diseño de materiales de sensibilización. Además, acorde con el enfoque amplio del concepto *promoción de la salud*, se subraya la capacidad para que las personas y las comunidades influyan en las condiciones sociales, económicas y del entorno físico que impactan en su salud.
- EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Fomentar y visibilizar la educación para la salud, tanto individual como grupal, en las agendas de los profesionales. Orientar esta educación para la salud hacia la salud comunitaria y el empoderamiento de la población.
- SALUD MENTAL. Prevenir y detectar precozmente los problemas de salud mental y los factores de riesgo personales y comunitarios para la aparición de problemas de salud mental. Se ha destacado la intención de reforzar la atención psicológica planteando abordar conjuntamente el síndrome de desgaste profesional, el acoso laboral, el efecto psicológico de la violencia, las adicciones y la atención a la conducta suicida (Programa de Prevención de la Conducta Suicida como ejemplo que debe mantenerse y fortalecerse).
- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. Mejorar la coordinación entre los niveles de atención sanitaria y la conciliación farmacológica para evitar eventos adversos derivados de la interacción medicamentosa secundaria a la polimedicación (papel de todos los miembros del equipo de atención primaria, con énfasis en los enfermeros y los farmacéuticos comunitarios). Empoderamiento de los ciudadanos y de los pacientes con enfermedades crónicas, sus familias y cuidadores como estrategia. Además, vinculado con el punto «Educación para la salud», desplegar talleres específicos de seguridad farmacológica.
- ATENCIÓN A LA SALUD DE LA MUJER. Aunque la atención sanitaria de las mujeres a lo largo del ciclo vital es muy amplia y debe reforzarse en todos los niveles, los miembros del Grupo de Trabajo 2 han mencionado la necesidad de seguir trabajando en la desmedicalización del proceso de embarazo y parto, en la prevención de los embarazos no deseados y en la prevención de las infecciones de transmisión sexual:
  - Atención al parto: reforzar las iniciativas para desmedicalizar el proceso del parto, pero manteniendo la seguridad para la madre y el recién nacido.
  - Anticoncepción: ofrecer más variedad de métodos anticonceptivos, entre ellos los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC).
  - Atención en el climaterio: priorizar la atención sanitaria específica durante el climaterio, desde una comprensión de la fisiología del proceso, buscando la mejora

de la salud y la prevención de los problemas derivados (nutrición saludable, actividad física adecuada, confort, riesgo cardiovascular, etc.).

  - Suelo pélvico: prevenir las disfunciones del suelo pélvico en todas las etapas vitales, desde una perspectiva integradora que pivote sobre la atención primaria para evitar la fragmentación en la atención y mejorando la eficacia de los circuitos asistenciales.

- LOGOPEDIA. Los logopedas han tenido una participación valiosa con propuestas de incrementar la cartera de servicios. En este sentido, debe valorarse el coste de oportunidad de incorporar el cribado en aspectos relacionados con la acción de logopedas, como el cribado de la disfagia, las dificultades de comunicación, el habla infantil, etc.
- SALUD BUCODENTAL. Del mismo modo que en el caso de los logopedas, es necesario valorar el coste de oportunidad de ampliar las coberturas actuales a la población.
- NUTRICIÓN Y DIETÉTICA. Al igual que en los dos puntos precedentes, valorar el despliegue de acciones en el campo de la dietética y la nutrición, con capacidad para influir en la salud de la población: por ejemplo, prevención de las enfermedades cardiovasculares y la obesidad, cribados nutricionales, abordaje de la desnutrición, desarrollo y utilización de consejos dietético-nutricionales, criterios de derivación, etc.

Ámbito 3. Avanzar en la integración e interoperabilidad. Desarrollar la transformación digital para lograr una atención primaria más eficiente

VALORES: seguridad, continuidad asistencial, sostenibilidad.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON EL USUARIO.[5] Este campo está relacionado con la línea 1 en cuanto al aspecto de humanización, ya que las estrategias digitales y de interoperabilidad pueden dar respuesta sobre cómo adaptar la comunicación de los profesionales de la salud a personas con hándicaps (problemas de salud mental, neurodivergencia, dificultades sensoriales, etc.):
  - Buscar herramientas digitales estandarizadas y validadas para mejorar la comunicación con el usuario: la validación se ha considerado muy importante y por ello hay que tener en cuenta a los profesionales (expertos en lenguaje y comunicación), a los pacientes, a los usuarios expertos (por ejemplo, ADIBA) y al centro de validación español (CEACOG).
  - Usar elementos de lectura fácil en los documentos destinados al usuario (informes, sistema Receta Electrónica, etc.).

- COORDINACIÓN[5] E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES. Se ha reflexionado sobre el uso de herramientas digitales como recurso para mejorar los procesos de intercambio de información y los procesos automatizados de solicitud de recursos. Han surgido propuestas de mejora para el proceso al que van dirigidas; por ello se han incorporado las propuestas siguientes, aunque no se refieran estrictamente a transformación digital:
  - Sobre las aplicaciones y las estrategias de digitalización: procurar que las de uso habitual sean intuitivas, fáciles de usar y comunes a todos los dispositivos asistenciales.
  - Mejorar la colaboración y el traslado de información entre diferentes ámbitos asistenciales. Dos ejemplos son los pactos asistenciales entre niveles y la interconsulta telemática.
  - Mejorar los procedimientos habituales (p. ej., la solicitud de ambulancias), los criterios de derivación a especialistas en todos los sectores sanitarios, los procesos de solicitud de analíticas y pruebas diagnósticas, la validación de vacunas (lector de código de barras u otras medidas de promoción de la seguridad en la administración y el registro).
- INTELIGENCIA ARTIFICIAL:[5]
  - Explorar el papel de la inteligencia artificial aplicada en la toma de decisiones tanto diagnósticas como terapéuticas y para acelerar el ritmo de la investigación.
  - Incorporar herramientas para facilitar el trabajo en la consulta: transcripciones de las conversaciones médico-paciente con herramientas basadas en la inteligencia artificial y generación de informes.

[5] Muchos de los elementos de este punto los trabaja la Dirección de Gestión y Presupuestos del Servicio de Salud con el Plan Estratégico de Sistemas de Información Asistenciales (Grupo de Trabajo 1: transformación del modelo de prestación asistencial).

Ámbito 4. El profesional como valor primordial[6]

VALORES: calidad y transformación, orientación al usuario.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- PLANTILLA ORGÁNICA.[7] Revisar y aumentar (donde sea necesario) las plantillas y los cupos dimensionados y aclarar la definición de las competencias profesionales en todas las categorías. En este cálculo se propone tener en cuenta no solo el número de ciudadanos, sino también factores como la complejidad (PCC, PCA, PAD) y los determinantes sociales de la salud.
- DESEMPEÑO LABORAL SATISFACTORIO Y ADECUADO A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN. Analizar las necesidades de tiempo de consulta por paciente y el tiempo para dedicar a proyectos de mejora relacionados con la prestación de salud. En este campo se ha mencionado un ejemplo concreto: el análisis de las agendas (cerradas y completas, con horario optimizado o la justificación de los cierres).
- EQUIPOS DIRECTIVOS. Potenciar y consolidar los equipos directivos de la atención primaria a fin de que puedan ejercer el liderazgo transformador y la organización óptima de sus entornos. Como objetivo se ha apuntado establecer la gestión por procesos. Algunas iniciativas propuestas han sido las siguientes: mejorar la formación y el apoyo a los equipos directivos de los centros de salud; alcanzar la igualdad en el acceso a los cargos de gestión y/o de dirección de zona y en la representación orgánica de la atención primaria, y revisar los perfiles, las competencias, los criterios de nombramiento y las evaluación de los equipos directivos.
- SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL. Conocer la actividad real de los profesionales sanitarios; para ello se ha propuesto que se utilicen sistemas de información que permitan analizar la realidad local de la atención primaria, dado que la retroacción a los profesionales y a los directivos que proporciona este tipo de sistema ayuda a ajustar la práctica clínica para dar respuesta a las necesidades del usuario.
- SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES. Mejorar los protocolos de seguridad aumentando las medidas de prevención de agresiones y valorar la interoperabilidad en el registro de agresiones entre las diferentes administraciones (sanidad y justicia).

[6] Se incluye todo aquello sobre lo que se ha reflexionado durante las reuniones del Grupo de Trabajo 2 y también el detalle de algunas aportaciones reflejadas en la web de la Sociedad Balear de Medicina Familiar y Comunitaria.

[7] Esta información también se recoge en la línea 1.

Ámbito 5. Infraestructuras

VALORES: dignidad, accesibilidad a la cartera de servicios.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- INFRAESTRUCTURAS DIGNAS. Dado que se ha enfatizado la necesidad de que las infraestructuras permitan desarrollar la cartera de servicios de una manera digna, debe mejorarse la respuesta de los equipos de mantenimiento de las instalaciones para que las reparaciones no se dilaten en el tiempo (averías, climatización, humedades, etc.).
- DISTRIBUCIÓN DE LOS ESPACIOS. Hacer un mapeo de la infrautilización y la sobreutilización de los espacios con el doble objetivo de redistribuirlos y tomar decisiones de construcción o ampliación de instalaciones donde sea necesario. En esta dirección debe tenerse en cuenta diseñarlas para asegurar la accesibilidad a las personas con necesidades especiales.

  En este campo se ha puesto énfasis en las unidades de tratamiento fisioterápico, ya que escasean los espacios destinados a esta prestación: hay que buscar espacios nuevos y diseñar los nuevos centros de salud incluyendo estas unidades en el plan funcional.
- ADECUACIÓN TECNOLÓGICA. Mejorar la conexión de red de los centros de salud y de las unidades básicas de salud así como la cobertura de wifi en todos los espacios.

Ámbito 6. Formación, investigación e innovación

VALORES: excelencia, consenso, adecuación de la cartera de servicios.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- FORMACIÓN.[3] La formación continuada se concibe como una estrategia negociada entre los diferentes grupos de interés (gerencias, profesionales, comunidad de usuarios, colegios profesionales, sindicatos etc.), que debe incluir formación en materia de competencias transversales, además de competencias clínicas, determinantes sociales de la salud, promoción, prevención y educación para la salud, diagnóstico comunitario, participación y acción comunitaria. Se ha propuesto que se incluya en el contrato de gestión la asistencia a acciones formativas estratégicas para el sector.

  En el caso de la formación de residentes, el programa formativo debe ser conocido por los profesionales de los centros. Se ha considerado que es prioritario incrementar el número de centros acreditados. Para ello, en el caso de la enfermería es necesario asegurar que se cumplen los requisitos en cuanto a presencia de especialistas, tanto de atención familiar y comunitaria como de pediatría.

- PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.[3] Facilitar el desarrollo de proyectos de investigación por medio de estrategias como la investigación en la jornada laboral, la inversión en la difusión científica, la discriminación positiva de investigadores noveles, la inversión en implementación, el encuentro y el diálogo entre investigadores (diferentes equipos, diferentes profesionales), y el contacto entre investigadores y la comunidad.
- DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. Relacionado con el punto anterior, difundir la evidencia científica —especialmente la generada en las Islas Baleares— entre los equipos de atención primaria. Establecer una estrategia de implantación de evidencias científicas basada en la ciencia de la implementación, además de la actualización de guías y protocolos.
- IMPLEMENTACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS. Se ha reflexionado en torno a los diferentes grados de madurez de las innovaciones introducidas a lo largo de los años en la cartera de servicios de la atención primaria (ecografía, cirugía menor, retinografía, espirometría, consulta telemática, prescripción no farmacológica, prevención de la conducta suicida, etc.) y en la necesidad de conocer en qué medida han penetrado en la práctica y qué utilidad han tenido. Se ha propuesto que se abra un proceso de evaluación de todas ellas y que se decida consolidarlas en la cartera de servicios, con la implicación de todos los profesionales.

Ámbito 7. Refuerzo de las categorías actuales existentes y nuevas incorporaciones de profesionales a la atención primaria

VALORES: accesibilidad de la población.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- NUEVOS PERFILES PROFESIONALES. En este Grupo de Trabajo han participado profesionales cuyos perfiles o son poco prevalentes en el Servicio de Salud o bien en estos momentos no se incluyen en la cartera de servicios. Estos profesionales han hecho propuestas muy interesantes sobre incrementar su presencia o entrar con nuevas prestaciones. Por una parte, identificar las necesidades de la población al respecto; por otra parte, valorar el coste de oportunidad de integrar en la atención primaria perfiles profesionales presentes en otros órganos del ámbito sanitario y otros niveles asistenciales, como los graduados en Veterinaria, en Nutrición Humana y Dietética o en Logopedia. Además, valorar la incorporación de nuevos perfiles, como los graduados en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.
- IDONEIDAD DE LAS PLANTILLAS ACTUALES.[3] Valorar la adecuación de las plantillas actuales de fisioterapeutas, psicólogos, farmacéuticos, técnicos en curas auxiliares de enfermería, administrativos, enfermeros y médicos según la carga laboral y las necesidades de la población. Trabajar para redimensionarlas según los resultados de la valoración.

Ámbito 8. Coordinación y colaboración

VALORES: atención sanitaria centrada en el paciente y su familia.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- COORDINACIÓN INTERNIVELES. Mejorar la coordinación entre la atención primaria y la atención hospitalaria considerando el proceso del paciente como un continuo. Por ejemplo, se ha propuesto que se trabaje la calidad de los informes de derivación, seguimiento y alta y se hagan consultas telemáticas o presenciales conjuntas o mejorar la comunicación y la coordinación entre los servicios de urgencias hospitalarios y los de la atención primaria, entre otros.
- COORDINACIÓN INTERSECTORIAL. Mejorar la coordinación con otros sectores e instituciones (ayuntamientos, servicios sociales, centros sociosanitarios, educación, deporte, conciertos sanitarios o salud pública, entre otros). Un probable impacto de esta mejora de la coordinación sería el fomento del uso de recursos fuera del Servicio de Salud, como la prescripción social (conocimiento más amplio del mapa de activos). Se ha puesto sobre la mesa el papel del veterinario como agente de salud con el que mejorar los canales de comunicación actuales, con el objeto de facilitar y agilizar el intercambio de información relevante para la salud, dentro de la perspectiva «Una sola salud» desde la experticia de estos profesionales. Un ejemplo de mejora de estos canales la propone el Colegio Oficial de Veterinarios de las Islas Baleares, que considera fundamental establecer vínculos estables con la Administración, dado que es el órgano de representación de la profesión en las Islas Baleares.

Ámbito 9. Sostenibilidad y eficiencia

VALORES: rendición de cuentas, universalidad, gratuidad en el punto de atención, auditabilidad, eficiencia, calidad, pertinencia.

REFLEXIÓN INICIAL: los miembros del Grupo de Trabajo han debatido sobre la sostenibilidad del sistema sanitario con una perspectiva amplia y crítica, desde una mirada demográfica, que prevé los desafíos que plantean los cambios en materia de envejecimiento y cronicidad, hasta el cuestionamiento de la idoneidad y la pertinencia de la práctica clínica (*do-not-do*). Con relación a la sostenibilidad financiera debería analizarse el impacto presupuestario antes de incorporar nuevas categorías, y adecuarlo si así se decidiera.

- AUDITABILIDAD Y RENDICIÓN DE CUENTAS. En la actualidad se habla de *gestión sanitaria basada en el valor*. Esta posición requiere establecer sistemas de rendición de cuentas públicas, en que se analicen la inversión, el rendimiento y los resultados en materia de salud. El objetivo es conocer el retorno social de la inversión.

  En esta línea se ha propuesto que se busquen de manera activa bolsas de ineficiencia para optimizar la inversión, por ejemplo, corregir circuitos asistenciales que no aporten valor o acciones que no resuelvan de manera eficiente las necesidades de la población (*do-not-do*).

- ADECUACIÓN PRESUPUESTARIA. En un contexto en el que se incrementa la cronicidad y con un alto índice de población flotante, establecer estrategias para adecuar los recursos y la cartera de servicios de la atención primaria a las necesidades de la población, con una planificación adecuada y proactiva, y optimizar el uso de recursos, centralizando aquellos en que sea posible hacerlo.
- CAPTACIÓN DEL TALENTO.[3] La sostenibilidad de un sistema eficiente y de calidad necesita que se gestione y se retenga el talento humano: diseñar e implantar estrategias para que los profesionales escojan trabajar en el Servicio de Salud: fidelizar a los residentes de todas las disciplinas, aumentar los puestos de enfermero especialista, explorar las mejoras sociales, identificar y dotar los puestos de difícil cobertura, analizar las posibilidades de conciliación, etc.
- LIDERAZGO. La sostenibilidad y la calidad requieren liderazgos adecuados y profesionales: hay que fortalecer a los mandos medios con criterios claros en la elección y la evaluación de los equipos directivos y con sinergias potentes entre esos equipos y la gerencia.

Línea 3. Abordaje de la cronicidad: atención centrada en la persona, atención social y sanitaria

Antecedentes y consideraciones

Esta línea de trabajo es, desde 2016, una de las líneas prioritarias del Servicio de Salud, con un recorrido muy consolidado con la implementación del Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas y sus programas relacionados, como el Programa de Atención a Pacientes Crónicos Complejos y Avanzados, el Programa de la Enfermera Gestora de Casos, el Programa Pacient Actiu, el Programa de Atención Domiciliaria, el Programa de Cuidados Paliativos y el Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Enfermedades Crónicas Complejas.

Fruto de esta planificación, las Islas Baleares disponen actualmente de una red de atención al paciente adulto y pediátrico con enfermedades crónicas complejas o avanzadas, que prioriza la identificación, las rutas asistenciales adaptadas a las necesidades de estos colectivos y orientada a la coordinación entre los niveles asistenciales. En este contexto se ha enmarcado la labor del Grupo de Trabajo 3.

Apunte metodológico

Se han usado dos técnicas de recogida de datos: la encuesta y el grupo focal. La encuesta ha sido la técnica inicial, dirigida a todos los participantes del Grupo de Trabajo 3. El objetivo ha sido identificar el punto de vista de los diferentes miembros sobre la línea de trabajo; de esta manera se ha dispuesto de información valiosa sobre los conocimientos y la forma de pensar de los miembros del grupo para servir de guía en la fase posterior. La encuesta ha permitido identificar los tres grandes ámbitos sobre los que se ha trabajado en los grupos focales.

Se han formado tres grupos focales y cada uno ha trabajado uno de los ámbitos siguientes: *1)* paciente, familia y comunidad; *2)* modelo asistencial y *3)* información clínica y toma de decisiones. Todos los miembros del Grupo de Trabajo han participado en los tres grupos focales y un subgrupo de participantes ha trabajado específicamente los temas relacionados con la población pediátrica (0-18 años).

Se ha redactado un guión para cada sesión de discusión. Los miembros de cada grupo focal habían recibido previamente el objetivo que debía lograrse y las cuestiones que tenían que responder. Un subgrupo ha trabajado específicamente cada uno de los temas relativos a la población pediátrica (hasta los 18 años).

En el grupo focal del ámbito «Paciente, familia y comunidad», los miembros han respondido a las cuestiones siguientes:

- Enumerar medidas de participación comunitaria que puedan mejorar la salud y los cuidados de los pacientes con enfermedades crónicas.
- Proponer iniciativas de identificación e intervención sobre los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades crónicas en el contexto de un sistema sanitario equitativo, eficiente y no medicalizado.
- Proponer medidas de participación del propio paciente en la gestión de la salud propia.

En el grupo focal del ámbito «Modelo asistencial», los miembros han respondido a las cuestiones siguientes:

- Enumerar las medidas clave para mejorar el modelo de atención a la cronicidad.
- Seleccionar los procesos o circuitos que necesitan de acciones prioritarias para mejorar su funcionamiento.
- Detectar los principales puntos de dificultad o resistencias a superar para implementar los cambios propuestos.

En el grupo focal del ámbito «Información clínica y toma de decisiones», los miembros han respondido a las siguientes cuestiones:

- Proponer puntos de mejora factibles desde los puntos de vista siguientes:
  - La eficacia y la eficiencia globales del sistema sanitario.
  - La eficacia y la eficiencia de los principales procesos de atención a la cronicidad.
  - La seguridad global de los pacientes a lo largo del proceso asistencial.
  - La coordinación de la atención prestada en los diversos niveles asistenciales y ámbitos de atención.
  - La disponibilidad de la atención necesaria para la toma de decisiones.

Objetivos

Objetivo general

Identificar las estrategias que, según las vivencias y las opiniones de los miembros del Grupo de Trabajo, son prioritarias en el abordaje de la cronicidad tanto desde la perspectiva poblacional como de la atención centrada en la persona.

Objetivos específicos

- Identificar las acciones que deben impulsarse para incrementar la participación de la comunidad en la mejora de la salud y del propio paciente en la autogestión de su enfermedad en relación con las enfermedades crónicas.
- Describir los aspectos clave que debe incluir el modelo asistencial de los pacientes con enfermedades crónicas.

- Detallar las necesidades de funcionamiento de los sistemas de información operacionales y de apoyo en la toma de decisiones relativas a los procesos de atención a la cronicidad.

Ámbitos de actuación

Se han identificado tres ámbitos de actuación: «Paciente, familia y comunidad», «Modelo asistencial» e «Información clínica y toma de decisiones».

Ámbito 1. Paciente, familia y comunidad

VALORES: participación, autonomía.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- REFUERZO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. El propósito ha sido incorporar de forma más intensa la mirada de las personas, de las familias y de la comunidad para mejorar el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas y sus familias:
  - Contribuir al diagnóstico de salud y al desarrollo de los mapas de activos para la población adulta y pediátrica en todos los sectores sanitarios.
  - Reforzar la coordinación multisectorial y cooperativa entre la atención primaria, la Dirección General de Salud Pública y otros sectores implicados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
  - Formar a los profesionales que atienden a pacientes con enfermedades crónicas en materia de intersectorialidad, salud positiva, participación, equidad y orientación a los determinantes de la salud.
  - Prevenir y abordar la soledad no deseada de los ancianos y de los pacientes con enfermedades crónicas y de sus cuidadores y familiares.
  - Impulsar el voluntariado como herramienta de participación comunitaria y como elemento de ayuda al apoyo a los pacientes con enfermedades crónicas y sus familias.
- AUTOGESTIÓN DE LA SALUD PROPIA. Se ha propuesto que se establezcan medidas concretas de participación de los pacientes con enfermedades crónicas y de sus familias y las asociaciones en los procesos de toma de decisiones y coproducción de políticas de salud:
  - Potenciar el Programa Pacient Actiu incrementando su difusión, impartiendo talleres entre iguales en todos los centros de salud y en los hospitales públicos de las Islas Baleares y continuar capacitando a pacientes activos formadores.
  - Impulsar un programa específico de familias y cuidadores activos de niños, niñas y adolescentes con enfermedades crónicas siguiendo el modelo del Programa Pacient Actiu.

- Incorporar la figura del paciente activo formador como elemento de coproducción en los diferentes planes, protocolos, estrategias, etc., que elabore el Servicio de Salud.
- Incorporar la participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su proceso de salud y enfermedad y favorecer el intercambio de información con los profesionales sanitarios, teniendo en cuenta los valores, los deseos y las preferencias de los pacientes y capacitándolos para que tengan un papel activo en el cuidado de la salud propia.
- Garantizar este proceso de planificación anticipada de decisiones, especialmente en los pacientes con enfermedades crónicas (complejas y avanzadas).

Ámbito 2. Modelo asistencial

VALORES: respeto, equidad, ética del cuidado.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- ATENCIÓN CENTRADA EN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SU FAMILIA. El propósito ha sido garantizar que el modelo de atención sanitaria para este colectivo esté orientado a sus necesidades, deseos y preferencias y que se presta de manera coordinada. Las acciones son las siguientes:
  - Potenciar la identificación de los pacientes con múltiples condiciones crónicas que más pueden beneficiarse del modelo de atención centrado en sus necesidades: personas con fragilidad, adultos o niños con multimorbilidad, con necesidades complejas de atención social y sanitaria o en la situación de final de la vida.
  - Asegurar la valoración integral y un plan de cuidados individualizado compartido entre todos los profesionales que participan en la atención a los pacientes adultos y pediátricos con enfermedades crónicas, especialmente aquellos que presentan mayor complejidad. En este punto también se valora la incorporación de perfiles profesionales poco prevalentes hasta ahora, como dietistas-nutricionistas (cribados nutricionales, disfagia, entre otros), enfermeros especialistas en geriatría, etc. En el caso de los pacientes diabéticos, por ejemplo, se sugiere más especialización y presencia de los enfermeros en la educación diabetológica para mejorar el control del proceso.
  - Promover una atención coordinada e integrada de los pacientes adultos y pediátricos con enfermedades crónicas, especialmente los que presentan mayor complejidad, desde el punto de vista de la prestación, la gestión y la organización de los servicios sanitarios y sociales. Se enfatiza la equidad en el acceso a tecnologías y cuidados, independientemente del lugar de residencia. Se propone unificar citas y pruebas complementarias en un mismo día.
  - Impulsar la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo con la participación de todas las disciplinas del área de la salud y también de áreas específicas que estudian el entorno que incide en el bienestar, para conseguir abordar de forma

integral y coordinada el proceso salud-enfermedad de los pacientes con enfermedades crónicas.

- Trabajar en las transiciones asistenciales de los ancianos frágiles y de la población adulta y pediátrica con necesidades complejas estableciendo protocolos de coordinación entre los diferentes niveles y ámbitos con el uso eficiente y óptimo de los recursos y de los servicios.

- MODELO DE ATENCIÓN HOMOGÉNEO. Se ha propuesto que se trabaje para continuar implementando y consolidando un modelo de atención al paciente con múltiples condiciones crónicas y su familia:
  - Definir la cartera de servicios para la atención de los ancianos frágiles y de la población adulta y pediátrica con necesidades complejas de modo que responda a sus necesidades, sea homogénea y garantice la cobertura equitativa.
  - Potenciar el rol protagonista de los profesionales de la atención primaria en la prevención de las complicaciones, del deterioro funcional y de la dependencia y en la mejora del autocuidado y la calidad de vida de los ancianos frágiles y de la población adulta y pediátrica con necesidades complejas.
  - Evaluar, potenciar y consolidar las estrategias actuales de atención integrada vertical entre los diferentes niveles asistenciales (ingreso directo a la atención intermedia, derivaciones desde la atención primaria a los hospitales de día de agudos y a las consultas de alta resolución, a los hospitales de día geriátricos evaluadores y rehabilitadores, etc.).
  - Potenciar las rutas asistenciales específicas en la atención a los pacientes adultos y pediátricos con enfermedades crónicas (complejas y avanzadas), con el objetivo de proporcionar la atención al puesto idóneo y a cargo del profesional más adecuado con el fin de asignar los recursos sanitarios con mayor eficiencia.
  - Impulsar una estrategia de atención integrada horizontal para mejorar la atención de los ancianos frágiles y con necesidades complejas que viven en residencias, garantizando la participación de los profesionales de la salud y del ámbito residencial.
  - Avanzar en un modelo de atención domiciliaria compartido en que los profesionales de los ámbitos social y sanitario intervengan conjuntamente, compartan información y objetivos y tomen decisiones de forma conjunta para garantizar la atención integrada a domicilio.
  - Rediseñar el modelo de atención intermedia actual definiendo los procesos asistenciales de manera uniforme, garantizando la equidad y la calidad asistencial y potenciando la capacidad docente y de investigación.
  - Avanzar y reforzar la atención multidisciplinaria en los cuidados paliativos y los procesos del final de la vida, no únicamente en coordinación y mejora de las coberturas, sino también proporcionando información sobre cómo acceder a la prestación. Reforzar la atención psicológica y social y mejorar los servicios

disponibles para hacer frente a la soledad. Publicar la evaluación del funcionamiento de los dispositivos de atención paliativa.

- DOTACIÓN DE HERRAMIENTAS Y RECURSOS A LOS PROFESIONALES. Potenciar que los profesionales que prestan atención sanitaria a los pacientes con enfermedades crónicas tengan a su disposición herramientas y recursos para garantizar el modelo de atención centrado en las necesidades de dichos pacientes y de sus familias:
  - Asegurar la formación de los profesionales para que puedan dar la mejor respuesta a las necesidades de los ancianos frágiles y de la población adulta y pediátrica con necesidades complejas. Un ejemplo es la formación continua en estrategias y tecnologías de control de la diabetes y otro ejemplo podría ser la formación en materia de desprescripción.
  - Fomentar la participación activa de los profesionales en el diseño y la implementación de las estrategias de atención de los ancianos frágiles y de la población adulta y pediátrica con necesidades complejas.
  - Dotar del tiempo, de los recursos y de los espacios necesarios para garantizar el modelo de atención centrado en las necesidades de estas personas.
  - Establecer protocolos de detección de maltrato a los ancianos.

Ámbito 3. Información clínica y toma de decisiones

VALORES: eficacia, eficiencia, coordinación, seguridad.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN. Disponer de sistemas de información operacionales y de apoyo en la toma de decisiones relativas a los procesos de atención a la cronicidad:
  - Impulsar las estrategias de interoperabilidad de los sistemas de información de los diferentes ámbitos que intervienen en la atención de los pacientes adultos y pediátricos con enfermedades crónicas (complejas y avanzadas) como elemento esencial para una historia clínica única compartida. Un ejemplo es la interoperabilidad con los sistemas de información de servicios sociales que permita visualizar los grados de dependencia o discapacidad.
  - Potenciar el uso y el registro del plan de atención compartido en la historia sanitaria única como garantía de una atención continuada de calidad y centrada en las necesidades de los pacientes adultos y pediátricos con enfermedades crónicas (complejas y avanzadas).
  - Impulsar las herramientas tecnológicas necesarias para establecer prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.
  - Definir un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) específico para los hospitales de atención intermedia que permita disponer de información sobre la actividad llevada a cabo, los tipos de paciente atendido y los resultados en materia de salud.

- Promover el despliegue del Portal del Paciente como sistema de información para la salud centrado en las personas para que puedan gestionar y compartir la información de su salud de forma segura y confidencial.
- Potenciar la interconsulta virtual entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales como garantía de coordinación y mejora de la capacidad resolutiva de la atención primaria.

Línea 4. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fomento de hábitos saludables

Antecedentes y consideraciones

La Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Islas Baleares, define *salud pública* como el conjunto organizado de actuaciones de las administraciones públicas y de la sociedad dirigido a vigilar, promover y proteger la salud de las personas en la esfera individual y colectiva y prevenir su enfermedad por medio de la movilización y la optimización de todos los recursos humanos y materiales.

Diversos factores han puesto de manifiesto la necesidad de potenciar las acciones de salud pública. Por ejemplo, el envejecimiento de la población y el aumento de los casos de enfermedades crónicas hacen necesario cambiar de un modelo basado en la lucha contra las enfermedades hacia un modelo basado en la salud para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario y que la población pueda disfrutar de más años de vida con salud.

Por otra parte, la reciente pandemia de COVID-19 también ha hecho patente la necesidad de reforzar la vigilancia de la salud pública y las medidas de protección cuando se dan situaciones de riesgo sanitario.

Apunte metodológico

El Grupo de Trabajo 4 tenía como objetivo recoger la opinión de grupos de interés en relación con posibles acciones dirigidas a mejorar la salud pública, entendida como las acciones de prevención de la enfermedad y de promoción y protección de la salud.

Entre los meses de enero y mayo de 2024 se ha reunido en cuatro ocasiones para establecer la metodología de discusión en grupo y la puesta en común de manera reiterativa.

En la primera fase se ha enviado un formulario a los miembros del grupo con una encuesta para recoger su opinión y su percepción sobre la situación y los retos de la salud pública. A partir de las respuestas a la encuesta se han identificado diversos temas para debatir, tanto de naturaleza transversal como específicos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección de la salud.

Se han constituido dos subgrupos de trabajo, uno para tratar temas relacionados con la prevención y la protección y el otro para abordar la promoción de la salud. En ambos, además, se debatirían los temas transversales. Cada subgrupo ha hecho cinco reuniones entre febrero y junio de 2024, cuyo punto de partida era la valoración de las encuestas y, a partir de ahí, debatir hasta madurar las acciones y los objetivos que deben alcanzarse.

Objetivos

- Contar con los ciudadanos —de manera individual o colectivamente mediante entidades del tercer sector— para promover nuevas acciones siguiendo el modelo de determinantes sociales y teniendo en cuenta la equidad.
- Sensibilizar a todos los actores que intervienen en el ámbito de la salud sobre la necesidad de cambiar del modelo patogénico al modelo salutogénico.
- Fomentar la formación en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tanto de los profesionales como de los ciudadanos.
- Elaborar un plan de comunicación sobre salud pública para asegurar una información veraz, coherente y efectiva en esta materia, adaptando los mensajes a las características y las necesidades de cada grupo de destinatarios.
- Establecer un procedimiento de gobernanza mejorando la coordinación interinstitucional, la comunicación público-privada y los recursos destinados a políticas de salud pública.
- Planificar las políticas, los programas y las acciones en materia de salud pública basándose en la evidencia científica y de forma coordinada con los planes estratégicos aprobados.
- Aplicar de forma efectiva las políticas vigentes que estén destinadas a la prevención de las enfermedades y plantear nuevas acciones.
- Asegurar que se cumpla la normativa vigente e impulsar acciones normativas dirigidas a proteger la salud de los ciudadanos.

Ámbitos de actuación

Ámbito 1. Situar al ciudadano en el centro del sistema

VALORES: participación, colaboración.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- PARTICIPACIÓN CIUDADANA. Fomentar la participación de actores clave, grupos vulnerables, minorías, agentes sociales y de salud externos a la Consejería de Salud en el diseño, la planificación, la ejecución y la evaluación de campañas de salud pública. El propósito es incrementar la autorresponsabilidad del ciudadano y contar con su perspectiva, con el objetivo de adaptar el mensaje y los canales de las diferentes campañas.
- COLABORACIÓN INTERSECTORIAL. Favorecer la colaboración entre la Dirección General de Salud Pública y el Servicio de Salud con otros agentes, como farmacias comunitarias, colegios oficiales de profesionales de la salud, asociaciones de pacientes, federaciones deportivas, centros deportivos (especialmente los municipales) y centros sanitarios privados. Los objetivos son diversos, pero los más destacados son difundir información

veraz sobre las zoonosis y actuar precozmente en los casos de amenazas para la salud pública.

- EVALUACIÓN DEL IMPACTO. Diseñar indicadores de proceso y de resultado para conocer el impacto de las intervenciones, incluyendo también el impacto económico.

Ámbito 2. Promover el cambio desde el modelo patogénico hacia el modelo salutogénico

VALORES: salud comunitaria y sostenibilidad del sistema sanitario.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- PROMOCIÓN DE RECURSOS Y ACTIVOS EN SALUD. Las Islas Baleares tienen un gran potencial en términos de recursos y activos en salud y una trayectoria consolidada en proyectos relacionados con estos. Por este motivo se ha propuesto que se mantenga esta línea, poniendo énfasis en los activos en salud comunitarios:
  - Actualizar y mantener al día un inventario de recursos (tanto públicos como privados) relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
  - Impulsar la elaboración del mapa de activos en salud en las zonas básicas de salud y en los municipios que todavía no dispongan de este. Una idea en esta dirección es crear líneas de ayuda (subvenciones) para que municipios pequeños o sin estructura suficiente puedan desarrollar el mapa.
  - Difundir el mapa de activos y recursos en salud entre los profesionales de la salud y la población para fomentar su uso entre los ciudadanos.
  - Avanzar en la prescripción de activos en salud y desarrollar herramientas (o utilizar las disponibles) que permitan recomendar medidas no farmacológicas para mejorar la salud de los ciudadanos. Esta prescripción debe de ser accesible desde todos los niveles asistenciales.
- PROMOCIÓN DE LA MIRADA SALUTOGÉNICA. Se ha propuesto que se incorpore la mirada salutogénica en las nuevas acciones que se lleven a cabo en la comunidad (como en las infraestructuras públicas, por ejemplo). Además de que esta mirada esté presente desde el diseño de esos proyectos, se propone crear un proceso de evaluación del impacto en la salud en todos los proyectos normativos, de acuerdo con la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública. Además de esta promoción de la mirada salutogénica *a nivel macro*, se ha propuesto también que se trabaje la mirada *a nivel micro*, con iniciativas destinadas a ciudadanos y profesionales que busquen no etiquetar a las personas como *enfermas* o *frágiles*. En este sentido, campañas de sensibilización y campañas educativas pueden contribuir a comprender la mirada salutogénica e integrarla en el día a día.
- EVALUACIÓN DEL IMPACTO. Diseñar indicadores de proceso y de resultado para conocer el impacto de las estrategias, incluyendo también el impacto económico.

Ámbito 3. Formación en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

VALORES: agencia, autonomía, protección de la salud.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- ALFABETIZACIÓN EN SALUD. El término *alfabetización en salud* es muy amplio. En este proceso participativo los miembros del Grupo de Trabajo han puesto énfasis en acciones específicas en todos los niveles del sistema educativo. Un ejemplo es iniciar la educación en materia de salud en los primeros años de vida, con agentes y aulas promotores de la salud; otro ejemplo es la inclusión de *la salud* en el currículo desde las primeras etapas de la educación.
- FORMACIÓN ESPECÍFICA EN PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD. Se ha propuesto que se incremente la oferta de formación en materia de promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad dirigida a profesionales de la salud, a los docentes y a otros colectivos. Se ha enfatizado que una parte de esa formación se enfoque en conseguir cambios en los estilos de vida y en la autorresponsabilidad de los ciudadanos en la salud propia. Se ha hecho también hincapié en la formación en materia de comunicación relacionada con la salud.
- EVALUACIÓN DEL IMPACTO:
  - Diseñar indicadores de proceso y de resultado para conocer el impacto de las iniciativas.
  - Disponer de capacidad analítica y de sistemas de información que permitan explotar los datos.

Ámbito 4. Mejorar la comunicación en salud pública

VALORES: comunicación pública.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN SOBRE SALUD PÚBLICA. Buscar la manera de trasmitir a los ciudadanos la importancia de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad:
  - Incrementar la inversión en márquetin y comunicación, con un desarrollo innovador en el diseño y la transmisión del mensaje a diferentes colectivos, por ejemplo, con diseños gráficos y lenguaje adaptado al colectivo diana de cada mensaje.
  - Acompasar las campañas, por ejemplo con el estilo «12 meses, 12 causas».
  - Aprovechar los recursos de difusión disponibles (EinaSalut, por ejemplo) y las salas de espera de todos los niveles asistenciales, las farmacias comunitarias e incluso los entornos laboral y educativo.

  - Crear el Observatorio de Verificación de la Información en Salud Pública con el objetivo doble de contrarrestar noticias falsas que puedan afectar a la salud de los ciudadanos y de alfabetizar a la población en cuanto a fuentes de información fiables en temas de salud, así como la importancia de no difundir mensajes no contrastados.

- COLABORACIÓN CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. Establecer alianzas con los medios de comunicación, especialmente los públicos, para que tengan un papel como agentes de salud en el proceso comunicativo con los ciudadanos.
- EVALUACIÓN DEL IMPACTO. Diseñar indicadores de proceso y de resultado para conocer el impacto de la inversión en márquetin y en las diferentes campañas.

Ámbito 5. Mejorar la gobernanza

A lo largo de los años, el funcionamiento de los sistemas sociales se va configurando según prevalezcan unas normas u otras, unos valores u otros. En el caso de los sistemas de salud, desde los años 70 del siglo XX el conocimiento especializado se posiciona como uno de sus valores primordiales. De este modo, sus organismos y servicios tienden a gestionarse como *silos* de conocimiento. En los últimos años, conforme las necesidades de salud de los ciudadanos se han hecho más complejas y transversales (por ejemplo, el desafío de la cronicidad) este *modus operandi* ha presentado limitaciones que deben solucionarse haciendo cambios en la gobernanza.

VALORES: transparencia, coordinación, transversalidad, seguridad de la información.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- COORDINACIÓN INSTITUCIONAL. Mejorar la coordinación entre instituciones, entre niveles de atención sanitaria y entre administraciones. En el marco de dicha coordinación es necesario establecer las competencias y las responsabilidades de cada uno de ellos e identificar las necesidades de recursos humanos y financiación.
- ACCESO A INFORMACIÓN RELEVANTE. Es necesario disponer de sistemas de información interoperables de manera que todos los agentes implicados en la toma de decisiones en materia de salud pública (en los niveles estratégico, de planificación y operativo) dispongan de la información necesaria para que la toma de decisiones sea pertinente y ajustada. Se requieren herramientas que permitan la bidireccionalidad de los datos, con protocolos de comunicación y colaboración, todo ello cumpliendo los requisitos de seguridad de la información y de la normativa de protección de datos. En esta iniciativa es necesario identificar indicadores de resultado y tener capacidad analítica para evaluar el funcionamiento de la gobernanza.

Ámbito 6. Planificación estratégica

VALORES: práctica basada en la evidencia científica.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LES ISLAS BALEARES. Actualizar el Diagnóstico de Salud de las Islas Baleares poniendo énfasis en temas como la alfabetización en salud o en aspectos con mayor peso en el riesgo de sufrir algún problema de salud.
- PLANES ESTRATÉGICOS DE SALUD EXISTENTES. Las Islas Baleares, igual que el resto de las comunidades autónomas, ya dispone de varios planes estratégicos en proceso, como el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente o el Plan Estratégico de Salud Pública. En estos casos se ha propuesto que se mantengan pero monitorizar y evaluar el impacto que provocan. A la vez se ha propuesto que se revisen y se redacten e implementen otros (por ejemplo, la Estrategia Autonómica de Lactancia Materna, como plan estratégico, bien como plan específico, bien como plan incluido en la Estrategia de Salud Pública) si la adaptación al contexto o a las necesidades emergentes lo aconsejan.
- ENFOQUE «UNA SOLA SALUD». Incorporar el paradigma «Una sola salud» de manera efectiva en las actividades de vigilancia, gestión, prevención y protección de la salud.

Ámbito 7. Mejorar la participación en los programas de prevención de la enfermedad

VALORES: protección de la salud.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- MEJORA DE LAS COBERTURAS VACUNALES:
  - Impulsar la vacunación en todos los niveles asistenciales, basada en la mejor evidencia científica disponible y buscando los mecanismos para implantarla completamente.
  - Considerar los programas y las campañas de vacunación como la herramienta fundamental para la prevención de las enfermedades y la lucha contra las resistencias a los antibióticos. Se menciona como estratégica para la prevención del cáncer la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) y contra el virus de la hepatitis B (VHB).
- MEJORA DE LA COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE CRIBADO DEL CÁNCER:
  - Promover la adhesión a los diferentes programas de cribado del cáncer implantados en las Islas Baleares (de mama, de colon y de cérvix). Evaluar la participación de la población diana en distintos colectivos y en distintos territorios insulares con el objetivo de identificar grupos con participación baja, a fin de poder establecer medidas específicas para incrementarla.
  - Explorar la posible implantación de estrategias digitales presentes en otras comunidades autónomas, como el uso de aplicaciones móviles.

  - Elaborar materiales de difusión comprensibles para fomentar la adhesión de la población diana a los programas de cribado.
  - Valorar la viabilidad de un programa piloto de cáncer de pulmón.
  - Coordinar los programas de cribado con las estructuras asistenciales.
  - Recoger, evaluar y publicar los datos de los programas de cribado de cáncer de manera periódica.
- PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. Diseñar y desplegar campañas de promoción de hábitos saludables de largo recorrido dirigidas especialmente a la infancia. Algunos ejemplos propuestos tendrían como impacto a largo plazo la disminución de la tasa de los cánceres relacionados con hábitos modificables:
  - Campañas dirigidas a evitar el consumo de tabaco (o el uso de otros dispositivos emergentes), mantener una alimentación saludable o a practicar deporte, entre otros.
  - Reforzar y sostener las campañas de espacios sin humo.
  - Sensibilizar sobre la exposición solar en la infancia como factor de riesgo para desarrollar cáncer de piel.
  - Garantizar que la oferta alimentaria en espacios públicos fomente una dieta saludable.
- PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD DE GRAN IMPACTO INDIVIDUAL. Tener en cuenta la prevención de problemas de salud de prevalencia poblacional baja pero gran impacto individual, como la hipersensibilidad química múltiple.
- ENFOQUE DE SALUD INTEGRAL. Reforzar un enfoque que prevea factores ambientales, sociales y económicos en la planificación de programas de prevención.
- EVALUACIÓN. Diseñar indicadores y analizar y evaluar de manera continua el impacto de las estrategias, incluyendo también el impacto económico.

Ámbito 8. Elaborar normativa y velar porque se cumpla la normativa vigente

VALORES: adhesión a la norma compartida, a la auditabilidad y a la protección de la salud.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- CAPACIDAD INSPECTORA. Hay que asegurar la capacidad inspectora en los ámbitos previstos por la normativa, en especial en los entornos alimentarios, sanitarios y escolares. Además de protocolos de seguridad alimentaria, se ha propuesto que se vele por cumplir el Decreto de promoción de la dieta mediterránea (máquinas de venta automática saludables, menús escolares adaptados, etc.).
- NORMATIVA. Impulsar la elaboración de normativa que evite situaciones que supongan un riesgo para la salud y evaluar si se cumple. Se ha propuesto también la colaboración público-privada para garantizar el cumplimiento de las normativas.
- PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL. Prevenir y evitar la exposición de la población infantojuvenil a la exposición a alimentos y bebidas cuyo consumo se asocie al riesgo de enfermar; para ello se propone que se regule su publicidad, al menos en los entornos públicos.
- LEY DE PUBLICIDAD SANITARIA. Relacionado con el punto anterior, pero no en exclusiva, se ha propuesto que se promueva una ley de publicidad sanitaria.

Línea 5. Atención a los problemas de salud mental potenciando la prevención y la atención comunitaria

Antecedentes y consideraciones

En marzo de 2023 todos los grupos parlamentarios firmaron el documento del Pacto por el Bienestar Emocional y la Salud Mental de las Islas Baleares, impulsado desde la Coordinación Autonómica de Salud Mental del Servicio de Salud. Este documento prevé seis ámbitos de actuación: *1)* acceso, coordinación y gestión de recursos; *2)* derechos humanos y erradicación del estigma por razones de salud mental; *3)* promoción, prevención, atención y recuperación en el ámbito del bienestar emocional y la salud mental centrada en la persona, en sus necesidades y en su entorno comunitario; *4)* formación en el ámbito del bienestar emocional y de la salud mental; *5)* transferencia del conocimiento e innovación dentro del ámbito de la salud mental y el bienestar emocional, y *6)* inclusión de nuevos perfiles profesionales que intervengan en la atención del proyecto de vida de las personas. Este documento se ha utilizado como punto de partida para trabajar esta línea estratégica, con el objetivo de revisarlo y enriquecerlo.

Otro elemento del contexto de gran importancia es la reciente creación de la Dirección General de Salud Mental en el seno de la Consejería de Salud, que genera un nuevo ámbito de decisión de mayor amplitud y transversalidad.

Apunte metodológico

El Grupo de Trabajo 5 ha hecho tres reuniones presenciales y tres intercambios de información por correo electrónico.

En la primera reunión (enero de 2024) se ha consensuado utilizar como punto de partida el Pacto por el Bienestar Emocional y la Salud Mental de las Islas Baleares. Se ha acordado añadir dos ámbitos de trabajo a los seis mencionados: «Humanización en la atención de la salud mental» (ámbito 7) y «Bienestar emocional de los profesionales» (ámbito 8). Posteriormente se ha enviado un correo electrónico con el acta de la primera reunión y un cuestionario de Google Forms sobre los ocho ámbitos, que incluye texto libre para cada uno a fin de que los miembros del Grupo de Trabajo tuviesen más opciones de expresarse.

En la segunda reunión (marzo de 2024) se ha reflexionado sobre incorporar más voces al Grupo de Trabajo, como la Federació d'Associacions de Veïns de Palma, ALAS Salut i Sexualitats y profesionales de la educación y de los servicios sociales, que se añadirán a las siguientes convocatorias. Se ha llevado a cabo una dinámica de grupo único que ha trabajado sobre los cuatro primeros ámbitos. Posteriormente se ha enviado un correo electrónico con el acta de la segunda reunión y un primer borrador que integraba tanto

las aportaciones del cuestionario de Google Forms como las aportaciones del trabajo *in situ* de la segunda reunión.

En la tercera reunión (abril de 2024) se ha mantenido la misma dinámica de la segunda reunión y se ha trabajado sobre las cuatro áreas restantes. Posteriormente se ha enviado un correo electrónico con el acta de la tercera reunión y el borrador completo del documento, en el que se han vuelto a integrar las aportaciones de la encuesta de Google Forms y las del trabajo *in situ*. Las respuestas de los miembros del Grupo de Trabajo se han integrado en el documento.

En esta fase final han participado nuevas asociaciones, que también han hecho aportaciones.

Objetivos

- Coordinar de manera eficaz y corresponsable los recursos de salud y los recursos sociales y comunitarios, haciendo énfasis en la equidad y las características de la insularidad de las Islas Baleares, con el propósito de mejorar el abordaje integral de la salud mental y el bienestar emocional.
- Fomentar un marco normativo que favorezca la protección de las personas que padecen algún problema de salud mental erradicando el estigma por ese motivo.
- Promover la promoción de la salud, la prevención, la atención y la recuperación por medio de programas de salud con mirada integradora (salud mental y salud física como indisolubles) y mirada comunitaria.
- Mejorar el grado de formación referente a la salud mental y el bienestar emocional de manera transversal (familias, profesionales de todos los ámbitos, personas con algún problema de salud mental).
- Garantizar la transferencia del conocimiento generado en el ámbito de la salud mental y el bienestar emocional. El objetivo es que se tomen las decisiones oportunas en las políticas públicas para que tengan un impacto de calidad en la atención a las personas con algún problema de salud mental.
- Explorar el espectro de nuevos perfiles profesionales intervinientes (educadores sociales, integradores sociales, fisioterapeutas, educadores físico-deportivos, dietistas-nutricionistas, mediadores culturales, etc.) y la corresponsabilidad, lo cual implica cambios en los roles jerárquicos clásicos.
- Mejorar la ayuda, el cuidado y el acompañamiento desde una visión más humana, dirigida a las personas con algún problema de salud mental y a sus familias.
- Promover el cuidado a los profesionales, fomentando un entorno laboral sensible al padecimiento emocional.

Ámbitos de actuación

Ámbito 1. Acceso, coordinación y gestión de recursos.

VALORES: veracidad, precisión de la información, participación, equidad.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- MAPA DE RECURSOS. Crear y difundir el mapa de recursos de prevención, promoción del bienestar emocional, atención y recuperación de la salud mental, dirigido a profesionales y que informe sobre criterios y objetivos de cada recurso.
- HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. Valorar la idoneidad/necesidad de establecer dispositivos de hospitalización domiciliaria para personas con problemas de salud mental, con el objetivo de mantener a la persona en el entorno comunitario (cuando esto se aconsejable) y evitar ingresos hospitalarios.
- COORDINACIÓN ENTRE RECURSOS:
  - Establecer flujos y canales de comunicación claros y accesibles a los diferentes recursos, tanto del ámbito privado como del público (social, sanitario y comunitario), teniendo en cuenta las familias y las barreras de comunicación.
  - Crear sistemas informáticos de acceso a la información que sean compatibles y compartidos por diferentes organismos, entidades o grupos profesionales (educación, salud, servicios sociales, tercer sector) y establecer mecanismos para evaluar que la coordinación sea eficaz.
- PARTICIPACIÓN Y COMUNIDAD:
  - Impulsar la participación de las asociaciones de familias de usuarios y de las personas con problemas de salud mental, teniendo en cuenta la figura del paciente experto.
  - Promover una red comunitaria (por municipios o barriadas) para informar sobre los diferentes recursos y activos en salud más cercanos (asociaciones de vecinos, farmacia comunitaria, gimnasios...).
- COLABORACIONES MUNICIPALES. Impulsar este nivel de participación y coordinación en los ámbitos de la comunidad y de la sanidad para promover la salud mental (prescripciones sociales).
- EVALUACIÓN. Incorporar procesos de evaluación de los diferentes servicios de salud mental, con atención especial a las listas de espera y al número de casos de abandono y a sus causas, al tiempo de consulta y al tiempo entre consultas y al número de pacientes en total a cargo en activo.
- EQUIDAD. Garantizar el acceso a recursos de atención de la salud mental en igualdad de condiciones, haciendo énfasis en el factor de la insularidad.
- PSICOONCOLOGÍA. Garantizar la atención psicooncológica.

Ámbito 2. Derechos humanos y erradicación del estigma por razones de salud mental

VALORES: protección de la vulnerabilidad, promoción de la dignidad, acción comunitaria.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- DERECHOS HUMANOS:
  - Formar sobre el marco legal de respeto de los derechos humanos a todos los profesionales de los diferentes ámbitos que intervienen en los procesos de atención a la salud mental. Es deseable también esta integración en el currículo académico, especialmente de los profesionales de la salud.
  - Impulsar la creación de una oficina o entidad que garantice el cumplimiento de la normativa relacionada con la Declaración universal de derechos humanos, especialmente en procesos judiciales e ingresos hospitalarios involuntarios, y asesorar al entorno comunitario de las personas con algún problema de salud mental. Impulsar la defensa del menor en las unidades de psiquiatría infantojuvenil.
  - Fomentar marcos legales y normativos que protejan a la persona con algún problema de salud mental en el proceso de recuperación en cuanto a recursos sociales, laborales, de vivienda...
  - Promover métodos de desescalada verbal y técnicas alternativas a la contención física o química, de manera que los sistemas de contención coercitiva se reduzcan a lo mínimo imprescindible y durante el tiempo más breve posible. Evaluar la prevalencia y el impacto que produce.
- ESTIGMA. Fomentar campañas de sensibilización dirigidas a la población, con el objeto de no estigmatizar los diagnósticos de salud mental y ampliar conocimientos para la detección precoz. Un ejemplo de ello es el fomento de la alfabetización en relación con el vocabulario y los términos de salud mental dirigida a los profesionales, a los medios de comunicación y a la población en general.
- PARTICIPACIÓN CIUDADANA. Incluir a los ciudadanos en el diseño y la evaluación de estrategias y políticas de salud mental con el propósito de incorporar la visión y propuestas de la comunidad.

Ámbito 3. Promoción, prevención, detección precoz, atención y recuperación en el ámbito del bienestar emocional y la salud mental centrada en la persona con algún problema de salud mental, en sus necesidades y en su entorno comunitario

VALORES: diversidad (etapas de ciclo vital, género, pertenencia a colectivos vulnerables como tercera edad, soledad no deseada, pertenencia a minorías visibles, minorías invisibles, etc.), participación, multidisciplinariedad.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- MIRADA MULTIPROFESIONAL. Como en los grupos de trabajo de las otras líneas, en esta línea sobre la salud mental se cuenta con la valiosa participación de nuevos profesionales que aportan su visión sobre las personas con algún problema de salud mental y proponen incrementar la cartera de servicios. En esta dirección, hay que valorar el coste de oportunidad de incorporar nuevos perfiles profesionales en la detección, la derivación y la participación en el tratamiento de personas con algún problema de salud mental, como fisioterapeutas, dietistas-nutricionistas, veterinarios, farmacéuticos, educadores físico-deportivos, geriatras/gerontólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, etc.
- MIRADA INTEGRAL. Fomentar el abordaje del bienestar físico, mental y social de manera integrada.
- COLECTIVOS DE VULNERABILIDAD ESPECIAL. Identificar estos colectivos desde todos los ámbitos de abordaje comunitario (promoción, prevención, atención y recuperación) y adaptar los programas a sus circunstancias promoviendo la atención integral de la persona con algún problema de salud mental, teniendo en cuenta la esfera de los autocuidados y del ámbito familiar.
- PARTICIPACIÓN Y AUTONOMÍA. Fomentar que la persona con algún problema de salud mental sea parte activa en el plan de atención en su proceso.
- RECURSOS PROFESIONALES. Analizar las necesidades de recursos humanos de todas las disciplinas en los servicios y recursos de salud mental, con énfasis en los equipos de atención comunitaria, poniendo atención especial a las recomendaciones internacionales de ratio de profesionales por población.

Ámbito 4. Formación en el ámbito del bienestar emocional y la salud mental

VALORES: calidad, rigor, accesibilidad, diversidad.

Las propuestas para este ámbito han sido las siguientes:

- PLAN FORMATIVO ESPECÍFICO. Promover la corresponsabilidad entre los diferentes actores implicados en la elaboración de un plan formativo de calidad, basado en la evidencia científica, accesible, hacia la salud mental y el bienestar emocional y que prevea mecanismos de seguimiento de la aplicación de las buenas prácticas y asegure la humanización de los cuidados.
- FORMACIÓN ESPECIALIZADA. Promover la formación especializada en materia de salud mental de los profesionales sanitarios que atiendan a personas con algún problema de salud mental, sobre todo durante los ingresos hospitalarios.
- AUMENTAR LOS CONOCIMIENTOS de los familiares, de la comunidad, de otros colectivos no relacionados con la salud mental (Administración, asociaciones de vecinos, centros deportivos...) hacia el proceso de acompañamiento de las personas con algún problema de salud mental, incluidas la comprensión de la enfermedad y las técnicas de comunicación. En este sentido, también se proponen procesos de alfabetización en

materia de salud mental en edades tempranas, con un enfoque positivo, para fortalecer las capacidades individuales y comunitarias contra el estrés, mejorar la resiliencia y promover una vida equilibrada y satisfactoria.

- Promover formaciones sobre la aplicación de medidas que tengan en cuenta la INTERSECCIONALIDAD.
- Promover la formación en PERSPECTIVA DE GÉNERO hacia la salud mental.
- VIOLENCIA MACHISTA. Potenciar la educación afectivo-sexual en la infancia y la adolescencia, dirigida respetar la diversidad y erradicar una visión reduccionista y cosificada de la mujer. Integrar la visión crítica sobre los discursos sociales en torno a la mujer, la revisión crítica de las propias ideas sobre la mujer y potenciar el vínculo humano desde la empatía y la comprensión de la experiencia *del otro* (Nussbaum MC 2005)

Ámbito 5. Transferencia del conocimiento e innovación dentro del ámbito de la salud mental y el bienestar emocional

VALORES: oportunidad, impacto en la población, calidad.

- CUIDADO A LO LARGO DEL CICLO VITAL. Reforzar los conocimientos de salud mental hacia situaciones importantes de la vida. Por ejemplo, en la infancia, la adolescencia, el embarazo, el parto y el posparto (por ejemplo, incluir la atención de la salud mental perinatal en las estrategias de salud mental de las Islas Baleares), el envejecimiento, los cambios y las transiciones, tanto individual como colectivamente, considerando aspectos cognitivos, afectivos y conductuales con el fin de prestar una atención integral.
- VISIBILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN LAS POLÍTICAS. Ayudar a fomentar las políticas y la gestión basada en la evidencia científica. Por ejemplo, implicar a la clase política en congresos y jornadas para facilitar que apoyen la investigación y facilitar la producción de conocimiento por medio de la evidencia científica en la práctica asistencial utilizando registros e indicadores de salud basados en estándares de calidad. Otro ejemplo es el fomento de la perspectiva de salud mental en actos académicos, producción científica y perspectivas de investigación (cualitativa, cuantitativa, económica, etc.).
- CONOCIMIENTO EXPERIENCIAL. Además del conocimiento académico y científico, hay que generar conocimientos teniendo en cuenta la experiencia de los profesionales y la experiencia vivida por las personas con algún problema de salud mental, sus familias y las asociaciones de pacientes. Ello requiere la implicación de estos agentes en la producción del conocimiento.
- Establecer MECANISMOS DE ACCESO Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO, académico y asistencial de forma transversal e intersectorial. Algunos ejemplos pueden ser espacios para sesiones, debates en torno a la producción científica, vínculos entre el contexto asistencial y el académico, participación en simposios y jornadas, etc.

- FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN MATERIA DE DESESCALADA. Se ha comprobado que las intervenciones de desescalada tienen un impacto positivo en las personas con algún problema de salud mental. Por tanto, es necesario transferir el conocimiento a la práctica clínica por medio de la formación en materia de comunicación asertiva, contención verbal, lenguaje no estigmatizante, evitación del uso de etiquetas, gestión de las situaciones de crisis, y alternativas a la contención química y mecánica.

Ámbito 6. Inclusión de nuevos perfiles profesionales que intervengan en la atención del proyecto de vida de las personas con algún problema de salud mental

VALORES: innovación, multidisciplinariedad.

- NUEVOS PERFILES PROFESIONALES. Valorar el coste de oportunidad y la posible participación en programas de salud mental de perfiles profesionales emergentes, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, farmacéuticos, gerontólogos, trabajadores sociales, enfermeros escolares, veterinarios, matronas, dietistas-nutricionistas, intérpretes de lengua de signos, etc., considerándolos como agentes comunitarios multidisciplinarios capaces de detectar problemas de salud mental y de formar parte activa del equipo que gestiona el caso, y liderándolo conjuntamente con el equipo de salud mental.
- INTEGRACIÓN DE LA FIGURA DE EXPERTO POR EXPERIENCIA. Aportar una perspectiva diferente en la planificación de la elaboración de nuevos programas, protocolos, metodologías, actuaciones formativas. Ejemplo: *peer to peer*, Programa Paciente Activo en Salud Mental.
- TRABAJO EN EQUIPO. Promover una relación complementaria y flexible entre los miembros del equipo para lograr mejores resultados asistenciales y mayor satisfacción del paciente.

Ámbito 7. Humanización en la atención a la salud mental

VALORES: humanización, ética del cuidado, participación.

- HUMANIZACIÓN TRANSVERSAL. Llevar a cabo acciones de humanización no solo hacia las personas con problemas de salud mental sino también las que pasan por diferentes tipos de procesos que pueden trastocar su bienestar emocional (oncología, diálisis), teniendo en cuenta que todo problema físico repercute en la salud mental.
- PERSPECTIVA DE GÉNERO. Incluir esta mirada en el acto asistencial para evitar la invisibilización de situaciones específicas que puedan vivir las mujeres por el hecho de ser mujeres (falta de atención integral perinatal, mujeres sin techo, violencia obstétrica, mutilación genital...) y evitando la doble victimización (ser mujer y sufrir un problema de salud mental).
- CUIDADO DE LA SOBRECARGA EMOCIONAL. Fomentar actuaciones específicas de cuidado/ayuda y acompañamiento de los familiares y cuidadores a cargo de los profesionales, enseñando a gestionar y/o evitar la sobrecarga emocional.

- DISEÑO DE ENTORNOS AMIGABLES. Estructurar entornos y espacios para atender a las personas con problemas de salud mental, haciendo especial atención a los espacios seguros, cómodos, abiertos, ventilados e iluminados, al mobiliario agradable y bien mantenido, a la decoración y los colores cálidos...
- PARTICIPACIÓN CIUDADANA. Incluir en las decisiones políticas de salud mental a las personas con algún problema en este campo y a sus familiares.
- VISIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA CON ALGÚN PROBLEMA DE SALUD MENTAL. Promover la esfera de valores y creencias (aparte de la esfera biomédica, mental y funcional) para todas las personas con algún problema de este tipo.
- PROMOVER EL ACCESO A RECURSOS. Flexibilizar la accesibilidad a recursos generales de salud a las personas con dificultades de adaptación debido a un problema de salud mental.
- ATENCIÓN A LOS ESTADOS DE CRISIS. Aplicar un enfoque basado en la humanización y en los derechos humanos para programas de atención a los estados de crisis. Un ejemplo, ya mencionado, es tender a eliminar las medidas coercitivas y aplicar técnicas de desescalada, modelo de diálogo abierto, etc.

Ámbito 8. Bienestar emocional de los profesionales

VALORES: entornos éticos, cuidado al profesional.

- PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. Considerar la aplicación de medidas específicas de prevención de riesgos laborales para los profesionales expuestos a un desgaste emocional más intenso (atención primaria, urgencias hospitalarias, UCI, salud mental, menores hospitalizados, pacientes en tratamiento paliativo, maltrato a menores...).
- REFORZAR LOS EQUIPOS HUMANOS de los servicios de salud laboral y prevención de riesgos laborales con profesionales formados y sensibilizados en materia de salud mental y valorar la inclusión de nuevos perfiles profesionales de salud mental.
- ESTABILIDAD LABORAL. Favorecer la estabilidad de los profesionales especialistas con la intención de conseguir una mejor relación terapéutica y mejorar la cohesión y el bienestar del equipo, lo cual tendrá una repercusión directa en el paciente y en el profesional.
- BIENESTAR Y AUTOCUIDADO. Implementar programas de promoción del bienestar y autocuidado para todos los profesionales de la salud, con especial énfasis en aquellos que estén expuestos a un impacto emocional más intenso.
- APOYO AL PROFESIONAL. Favorecer desde las instituciones los mecanismos para los que los profesionales se sientan cuidados, valorados y escuchados, incluyendo el apoyo y la atención al profesional.

Línea 6. Reducción de los tiempos de espera para consultas externas e intervenciones quirúrgicas

Antecedentes y consideraciones

Las listas de espera han sido siempre uno de los objetivos de los medios de comunicación, de los ciudadanos, de los grupos políticos y de los profesionales de la salud. Sin embargo, del análisis pormenorizado de las patologías que las componen se infiere que no han sido siempre tratadas de forma objetiva, pues se han ofrecido datos brutos —sin tener en cuenta datos de prioridad o la posibilidad de ambulatorización, que muy probablemente ofrecería un foco más pormenorizado de la situación— ni tampoco los motivos personales objetados por los pacientes, que han motivado una situación administrativa de *transitoriamente no programables* (TNP) con el fin de evitar ser penalizados (es decir, expulsados de la lista de espera), pero que mantienen su posición numérica dentro un conjunto de datos que lleva a engrosar los números brutos.

El Real decreto 605/2003, de 23 de mayo, establece las medidas para el tratamiento de homogéneo de la información de las listas de espera. Por otro lado, hay que tener en cuenta que en los últimos veinte años se han desarrollado el programa de cirugía mayor ambulatoria y la telemedicina, lo que determina que debe considerarse si el análisis actual de las listas de espera es correcto. En este sentido, publicaciones sobre el tema destacan la importancia de señalar la priorización a la hora de determinar un análisis más pormenorizado y dinámico de las listas de espera.

El análisis pormenorizado de las listas de espera basado en los niveles de prioridad o la capacidad de ambulatorización de la patología puede ofrecer datos de interés para una interpretación más ajustada a la realidad, que permita destinar recursos económicos para una gestión más eficaz y eficiente de la sanidad pública.

Actualmente los tiempos de espera se modulan en tres categorías:

- Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico no admite una demora superior a 30 días.
- Prioridad 2: pacientes cuya situación admite una demora relativa (es recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días).
- Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento sin secuelas importantes.

Durante la pandemia de COVID-19 se produjo una sobrecarga de la capacidad asistencial de un sistema sanitario ya tensionado. La actividad asistencial no urgente dirigida a las patologías que no eran COVID se redujo de forma importante con el fin de redistribuir los recursos del sistema durante las sucesivas olas de la pandemia basándose en la reorganización y la reserva de los recursos disponibles y en la priorización de las patologías urgentes y oncológicas. Por otro lado, no hay que perder de vista que se produjeron incomparecencias de los pacientes al comienzo de la pandemia por miedo al contagio por el SARS-CoV-2.

Tras declararse el fin de la situación de pandemia basándose en la alta tasa de vacunación y en la normalización de la actividades cotidianas, todo ello asociado a la valoración favorable de los indicadores de salud pública, los hospitales comenzaron a normalizar la actividad asistencial, y las listas de espera volvieron a ser las grandes protagonistas.

Apunte metodológico

Se han llevado a cabo cinco reuniones presenciales. Después de la presentación de los miembros del Grupo de Trabajo 6, se ha hecho una escucha activa de todos los miembros por medio de una tormenta de ideas (*brainstorming*), en la que se establecieron las bases para crear tres subgrupos de trabajo.

En la tercera reunción se definieron los grupos, se creó un acceso a Sharepoint para todos los miembros del Grupo de Trabajo y se estableció un sistema de documento activo por grupo, por medio del cual se ha podido consultar la evolución de los documentos y hacer aportaciones.

Cronograma de las reuniones del Grupo de Trabajo 6

- Presentación de los miembros del Grupo de Trabajo y primera sesión. Enero de 2024 en las aulas de docencia del Hospital Universitario Son Espases (HUSE).
- 2ª sesión de trabajo. Febrero de 2024 en las aulas de docencia del HUSE.
- 3ª sesión de trabajo. Marzo de 2024 en las aulas de docencia del HUSE.
- 4ª sesión de trabajo. Mayo de 2024 en las aulas de docencia del HUSE.
- 5ª sesión de trabajo: presentación de documentos y discusión. Junio de 2024 en las aulas de docencia del HUSE.
- Documento de propuesta de acuerdo.

Objetivos

Objetivo general

Elaborar la propuesta del Pacto por la Salud relativa a las listas de espera con la finalidad de impulsar y mejorar la accesibilidad de los pacientes a los recursos sanitarios en las Islas Baleares.

Objetivos específicos

- Detallar las acciones que se ha propuesto que se desarrollen en los próximos años.
- Dar a conocer el Pacto por la Salud a los agentes colaboradores y a la población en general.

Ámbitos de actuación

Ámbito 1. Estrategias para la gestión de la demanda

VALORES: equidad, pertinencia, optimización de recursos, consenso.

- CONSENSO EN EL ACCESO A LAS PRESTACIONES Y GESTIÓN DE DERIVACIONES ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA ATENCIÓN HOSPITALARIA. En un sistema tan grande como el Servicio de Salud, que aglutina aproximadamente a 16.000 trabajadores, se hace necesario revisar periódicamente los acuerdos y los protocolos que gestionan y dan acceso a las prestaciones. Este apartado está relacionado con la línea 2 y por ello se han obviado algunas aportaciones que ya están reflejadas en esa línea:
  - Acuerdos de derivación entre la atención primaria y la atención hospitalaria: no solo prever acuerdos de derivación entre especialidades médicas, sino también entre otros profesionales. En el caso de especialidades médicas se pueden, por ejemplo, priorizar tres procesos por especialidad, establecer estrategias de evaluación de la idoneidad de las derivaciones, y reforzar y revisar protocolos para la gestión de condiciones comunes sin necesidad de derivación. Todo ello redunda en reducir la variabilidad.
  - Estrategias en el abordaje de pacientes con enfermedades crónicas (un ejemplo pueden ser las consultas de alta resolución). Hay que revisar y ajustar las rutas asistenciales y evaluarlas.
  - Acuerdo en el acceso a pruebas diagnósticas desde la atención primaria (evitar interconsultas innecesarias). De nuevo, evaluar periódicamente la idoneidad de la prescripción y el impacto en los servicios receptores.
  - Además de los protocolos estandarizados, se han propuesto estrategias más individualizadas, como es la valoración conjunta de casos por medio del consenso en comités/sesiones. Para ello se podría valorar la participación de un especialista de referencia en el centro de salud de manera periódica o consultas virtuales.

- Cirugía menor ambulatoria en la atención primaria como vía para reducir las listas de espera hospitalarias. Debe revisarse el protocolo y evaluar el impacto que produce.
- Establecer los tiempos de garantía de asistencia, con el objetivo de que el profesional de la atención primaria tenga claro qué implica etiquetar una derivación como *ordinaria* o *preferente*. A modo orientativo, los miembros del subgrupo de trabajo han sugerido que se podrían establecer los periodos siguientes: menos de 30 días para una consulta médica preferente, menos de 60 días para una ordinaria, menos de 6 meses para una intervención quirúrgica ordinaria y menos de 3 meses para una preferente.
- Evaluar el impacto de las iniciativas y proporcionar retroacción al profesional.

▫ GESTIÓN DE LA FRECUENTACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. Aun no siendo la única estrategia posible (muchas otras se han trabajado en la línea 2), se ha debatido sobre cómo puede aportarse a la eficiencia de la atención primaria reduciendo las visitas potencialmente innecesarias. Se han planteado dos grandes ideas: fomentar la promoción de la salud y favorecer la autogestión del usuario:

- Educación para la salud sobre la identificación de síntomas y de las condiciones que requieren atención sanitaria. Educación sobre el uso de recursos sanitarios.
- Acceso del paciente a los datos sobre su salud.
- Reforzar y/o establecer campañas de prevención y promoción de la salud (obesidad, tabaquismo, hábitos saludables, promoción de la actividad física, control del estrés, promoción del bienestar personal, etc.). Creación y promoción de entornos saludables.
- Evaluación del impacto que produce.

Ámbito 2. Estrategias para el aumento de la oferta

VALORES: optimización de recursos, sostenibilidad, pertinencia.

▫ CONOCIMIENTO DE LAS CAPACIDADES ASISTENCIALES DE LOS DISTINTOS CENTROS SANITARIOS. Los miembros del Grupo de Trabajo han puesto de manifiesto la necesidad de implementar la gestión por procesos y ponen el énfasis en conocer las capacidades asistenciales de los centros, tanto de los recursos que se contabilizan directamente en las listas de espera (consultas externas, gabinetes, quirófanos) como otros que son necesarios para que los primeros tengan capacidad resolutiva (laboratorio de análisis clínicos, servicio de esterilización, servicio de anatomía patológica, de radiología, etc.). El concepto *capacidades* hace referencia a la disponibilidad de espacios físicos, a la optimización de las agendas, de camas de hospitalización, de un equipo completo, de horarios, de experticias, de tecnología, etc. Esta mirada permite calcular el impacto y las necesidades de otros servicios cuando una parte del proceso (por ejemplo, el quirófano) incrementa su actividad.

- MEJORA DE RENDIMIENTOS. Si se conocen las capacidades asistenciales es posible calibrar el grado de mejora en el rendimiento que se puede alcanzar ajustando los recursos disponibles o incrementando los recursos de manera razonable. Un ejemplo (pero no el único) es el rendimiento o el tiempo de uso de los quirófanos en todo su potencial; para ello se requiere conocer las capacidades disponibles a fin de poder ajustar la actividad, tanto de forma planificada como respondiendo a eventualidades. El propósito es que el tiempo quirúrgico bruto disponible en la jornada ordinaria esté ocupado por encima del 80 %. Para ello se han propuesto algunas acciones:
  - Estudiar las suspensiones quirúrgicas e intervenir para evitar las más prevalentes, mejorando los procesos.
  - Establecer prolongaciones de jornada racionales cuando la intervención quirúrgica sea larga y compleja y exceda de la jornada ordinaria. Por ejemplo, no suspender una intervención quirúrgica a las 13 h porque se prevea que durará más allá de las 15 h, sino que se compense ese exceso de jornada de manera adecuada.
  - Establecer criterios de rendimiento/eficiencia a partir de los cuales sea pertinente autorizar otras medidas, como la actividad extraordinaria o los planes de choque.
  - Asegurar la disponibilidad del equipo quirúrgico completo durante todo el tiempo de la jornada ordinaria.
  - Implantar la jornada ordinaria de tarde y/o la jornada solapada, a fin de aprovechar los recursos estructurales disponibles.
  - Analizar la capacidad de incrementar la actividad quirúrgica con ingreso asegurando la disponibilidad de camas hospitalarias.
- MEJORA DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA. Establecer circuitos de depuración de las listas de espera, tanto quirúrgicas como de consultas externas y gabinetes. Se ha demostrado que esta acción identifica hasta un 30% de usuarios que no deberían estar incluidos en las listas de espera, por motivos diversos.
- INCENTIVACIÓN POR CUMPLIMIENTO DE RESULTADOS. Se ha propuesto que se incluya esta incentivación en el acuerdo anual de objetivos (o contrato de gestión). El impacto es que se incentiva a los servicios que se organizan para mantener el control sobre sus listas de espera.
- CONCERTACIÓN DE PRESTACIONES:
  - Se ha debatido en torno a la utilidad de diseñar paquetes de derivaciones de intervenciones hacia proveedores privados cuando haya riesgo de incumplimiento. Ello requiere una evaluación continua para ajustar los procesos y mantener el índice de entradas/salidas en torno a 0,9.
  - Se hace necesario establecer un sistema de análisis y seguimiento continuo de la actividad derivada tanto a estos centros como a aquellos con convenio singular.

- Se requiere un análisis real de la capacidad de incremento de la oferta de estos centros privados sin comprometer la viabilidad del sistema público.

- BIDIRECCIONALIDAD DEL ACCESO A LA INFORMACIÓN CLÍNICA EN LAS DERIVACIONES DE LA SANIDAD PÚBLICA A LA PRIVADA. Se ha propuesto que se analice la viabilidad de acceder a la información clínica de los pacientes derivados desde los proveedores privados y, viceversa, el acceso a los sistemas de información de los proveedores privados desde el Servicio de Salud para consultar de la historia clínica de pacientes derivados. Debe analizarse en términos de seguridad de la información, viabilidad jurídica, perfiles de acceso, riesgos, costes, beneficios y alternativas, entre otros.
- ACTIVIDAD EXTRAORDINARIA. La actividad extraordinaria pactada con los servicios debe ir acompañada de criterios previos de rendimiento. Si, a pesar de cumplir dichos criterios, un servicio no puede dar respuesta durante la jornada ordinaria, entonces se debe plantear la jornada extraordinaria. De no ser así, se puede *premiar* a servicios menos eficientes y *penalizar* a los eficientes.
- PLANES DE CHOQUE. Consisten en incrementar la oferta de manera coyuntural, muy acotada en el tiempo (por ejemplo, dos veces al año, en junio y diciembre), lo cual debe plantearse cuando, a pesar de poner en marcha todas medidas anteriores, haya dificultades en el control de la lista de espera. Buscan un impacto rápido y resultados inmediatos.
- GESTIÓN DE LA CRONICIDAD. En este escenario se ha propuesto que se facilite al paciente el desplazamiento agrupando el máximo posible de consultas y pruebas en un mismo día.
- CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN para abordar los problemas de salud (por ejemplo, reagudizaciones) de manera rápida y lo más completa posible, buscando resolver el problema y evitar visitas a urgencias, ingresos y consultas sucesivas (fisioterapia, logopedia, psicología, podología, optometría, dietética y nutrición y otras especialidades). Hay profesionales sanitarios que tienen una presencia poco numerosa en el Servicio de Salud; probablemente estas presencias se calcularon en contextos normativos y de necesidades de la población diferentes a los actuales y por este motivo es necesario analizar el coste de oportunidad de incrementar su número y/o el reconocimiento de competencias. Cuatro ejemplos muy conocidos son Fisioterapia, Logopedia, Psicología, y Nutrición Humana y Dietética (sin detrimento de que deban trabajarse otras profesiones):
  - FISIOTERAPIA. Se han propuesto dos estrategias de incremento de la oferta de fisioterapia (y también rehabilitación), dirigidas a resolver problemas de salud de manera precoz, acortando los tiempos de tratamiento fisioterápico y de recuperación. Además, tendría un impacto colateral sobre la gestión de la demanda en determinados servicios, como traumatología, rehabilitación, neumología o neurología:

- Analizar la figura del fisioterapeuta en los centros de salud y potenciarla en los servicios de hospitalización para la atención precoz de lesiones osteoarticulares o musculares y en las situaciones respiratorias. Evaluar su impacto en la posterior reducción de demanda de consultas externas, en tiempo de recuperación, indicadores PREM y PROM.
- Potenciar las figuras del médico rehabilitador y del fisioterapeuta, tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria, como referentes iniciales de determinadas patologías/condiciones (derivación directa). Ejemplos en el caso de fisioterapia pueden ser la pérdida funcional relacionada con la edad, traumatología no compleja, etc. Evaluar su impacto en los mismos términos que el punto anterior.

– LOGOPEDIA. Se han propuesto estrategias parecidas a las mencionadas en el punto de los fisioterapeutas, como profesionales de derivación directa, coordinados con los servicios de otorrinolaringología, bajo protocolos e indicaciones.

– PSICOLOGÍA. Igual que en los dos casos anteriores, se ha considerado adecuado que se tome en consideración incrementar las prestaciones de los profesionales de la psicología dadas las necesidades de salud mental de la población, especialmente en la época posterior a la pandemia de COVID-19.

– NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA. Estos profesionales se encuentran en un proceso de incorporación muy reciente y de manera progresiva. Se da la circunstancia de que hay entornos donde ya están implantados y otros donde no están presentes. Se trata de llevar a cabo un análisis y determinar dónde integrar más profesionales y cuál es su cartera de servicios.

- REDISEÑO DE CIRCUITOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS. Si un servicio médico tiene profesionales subespecializados, se propone que esta organización interna sea conocida por la atención primaria y la derivación se haga directamente al profesional subespecializado, o bien que en los servicios haya un sistema de triaje y distribución de modo que no se produzcan *consultas fútiles*. Hay que evaluar el impacto con indicadores como la disminución de segundas consultas dentro de la misma especialidad.
- TELECONSULTAS. Favorecer el contacto, intercambio de conocimientos y discusión de casos entre profesionales utilizando esta tecnología, con el fin de acordar derivaciones, comentar casos, etc. Este tipo de oferta podría disminuir derivaciones que no aporten valor al proceso.
- CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ÁMBITO ESPECIALIZADO. Se ha propuesto que se estudie el coste de oportunidad de implantar consultas de enfermería especializadas en contextos donde no existan. Este tipo de recurso puede absorber una parte de la demanda. Se trata de evaluar el impacto donde estén implementadas, potenciarlas y valorar la necesidad en entornos donde no estén desarrolladas.

- TIEMPO PARA HACER PRUEBAS RADIOLÓGICAS. Se ha propuesto que se establezca el compromiso de hacer pruebas complementarias radiológicas en menos de 24 horas desde la petición en los casos de procesos agudos de hospitalización.

Ámbito 3. Estrategias para la optimización de la salida

VALORES: eficiencia, consenso, auditabilidad.

- TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA GARANTIZADOS. Están regulados por normativa de ámbito estatal (Real decreto 1039/2011, de 29 de agosto) y autonómico (Decreto 31/2018, de 19 de octubre), en la que se establecen los tiempos máximos de espera y las obligaciones de la Administración para garantizarlos. Las propuestas se dirigen a mejorar la respuesta del Servicio de Salud:
  - Crear un catálogo centralizado de procedimientos que deben priorizarse.
  - Armonizar y protocolizar los preoperatorios (procedimiento quirúrgico con necesidad de estudio preoperatorio, pruebas necesarias según el procedimiento, pautas de antiagregación y anticoagulación, normalización de los criterios ASA, determinación de hospitalización *vs.* cirugía sin ingreso, etc.).
  - Fomentar la corresponsabilidad ciudadana, con campañas de sensibilización sobre la importancia de ser eficientes en la gestión de los recursos de salud (importancia de las incomparecencias, etc.).
  - Evaluar y publicar sistemáticamente los tiempos de espera en procesos oncológicos. Establecer medidas correctoras en caso necesario a fin de mantener la espera dentro de los límites establecidos para el diagnóstico, la intervención, el tratamiento y la rehabilitación.
- CAPACIDAD DE GESTIÓN DE CITAS A CARGO DEL PACIENTE. En el Servicio de Salud, alrededor del 10 % de los pacientes no se presenta a las citas; por lo tanto, estas citas quedan sin ocupar y son espacios asistenciales fútiles que no contribuyen a dar respuesta a los problemas de salud de la población. Para mejorar este problema se propone que en el futuro el paciente pueda confirmar y anular citas con antelación (por ejemplo, por medio del «Portal del paciente», con capacidad para confirmar citas o anularlas con una antelación determinada).
- COORDINACIÓN CENTRALIZADA DE LISTAS DE ESPERA. Esta propuesta tiene mucho que ver con la primera propuesta del ámbito 1 de esta línea; por ello, algunas propuestas no se han repetido en este ámbito. También hay propuestas que ya se han reflejado en la línea 2, dedicada a la atención primaria, como son las ideas sobre la desburocratización de los procesos. El propósito es ser más eficientes. Las iniciativas mencionadas por los miembros del Grupo de Trabajo son las siguientes:
  - Gestión de las listas de espera en cada gerencia con un control centralizado de la Administración. Hay que identificar datos de volumen y demora o datos fuera de la distribución normal para poder individualizar acciones por servicios y gerencias. Se ha propuesto el criterio de prioridad y el de demora.

  - Gestión activa de la lista con preguntas sobre el deseo de ser intervenido quirúrgicamente, demora de la intervención quirúrgica, situación de la intervención quirúrgica, etc. Se pueden explorar herramientas automatizadas, utilizar la inteligencia artificial y algoritmos, etc.
  - Consenso clínico y riguroso con los profesionales.

- PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN TIEMPOS DE DEMORA. El propósito es reducir los tiempos de demora, garantizar la equidad en el uso del recurso y establecer la pertinencia del momento de la intervención. Consiste en establecer sistemas para organizar las listas de espera (primordialmente las quirúrgicas) de manera que se atienda en primer lugar a los pacientes cuya ganancia sea mayor, entendiendo esa *ganancia* para el paciente en términos de gravedad de la enfermedad, beneficios esperados u otros condicionantes sociales y económicos. La hipótesis es que el paciente que más tiempo lleva esperando puede no ser el que más lo necesite o el que mayor beneficio pueda obtener. Deben incorporarse criterios explícitos al establecer las prioridades.
- AGILIZAR LAS SALIDAS DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES. Si se prevé el sistema de salud como un todo interrelacionado, el incremento de la oferta (por ejemplo, de intervenciones quirúrgicas con ingreso) tiene que ir acompañado de una gestión pertinente de las salidas. La premisa debe ser que cada usuario permanezca el mínimo tiempo necesario en cada estadio asistencial:
  - El ejemplo más habitual es el del uso de las camas hospitalarias: es necesario revisar las bolsas de ineficiencia, como la cadencia de las altas. En este sentido, se propone dar las altas pertinentes también en fin de semana y festivos y antes del mediodía. De este modo las estancias se ajustarán mejor a lo necesario y se podrán liberar camas para acoger a los pacientes quirúrgicos.
  - Para todo ello se requiere fomentar la continuidad asistencial en la atención primaria. Se ha debatido sobre la posibilidad de que este tipo de maniobra pueda incrementar la presión sobre la atención primaria. En este sentido, las propuestas de la línea 2 pueden ser útiles.

TERCERA PARTE
Pacto por la Salud

Una vez expuestas tanto la metodología que se ha seguido en el proceso como las prioridades de los ciudadanos en materia de salud (primera y segunda parte de este documento), es el momento de plantear el compromiso del Gobierno de las Islas Baleares con este conjunto de aportaciones. A continuación se desglosan los aspectos del compromiso.

Plan de Salud de las Islas Baleares. El Gobierno de las Islas Baleares considera necesario elaborar un nuevo plan de salud para las Islas Baleares, pues el último tiene fecha del año 2011. El compromiso es tener en cuenta e integrar el número más alto posible de las iniciativas previstas en este Pacto.

Mantenimiento del documento del Pacto por la Salud *vivo*. El proceso de consulta ciudadana y su síntesis implican, por un lado, perder detalles y, por otro, la necesidad de madurar nuevas líneas, especialmente las aportadas en la fase 4 (entre el 3 de julio y el 6 de septiembre). Por este motivo, el Gobierno de las Islas Baleares se compromete a seguir dialogando para incorporar, en su caso, más propuestas consensuadas. Estas propuestas pueden ser tanto en el nivel de detalle como incluso propuestas de nuevas líneas en sí mismas (línea de humanización, línea de atención integral a la mujer, etc.).

Análisis de las propuestas. Las aportaciones ciudadanas a este Pacto han sido muy numerosas y de diferente naturaleza. Muchas de ellas suponen una novedad y requieren valorar su viabilidad, oportunidad e impacto, y también revisar las prácticas actuales en nuestro sistema de salud. El Gobierno de las Islas Baleares se compromete a hacer dicho análisis para incorporar todas las iniciativas que den respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos de manera eficiente y sostenible.

Priorización. Como se ha comentado, las propuestas han sido muy numerosas y de diferente calado. El Gobierno de las Islas Baleares se compromete a priorizarlas con criterios de factibilidad, oportunidad y eficiencia, con el objetivo de concentrar esfuerzos y asegurar que las medidas alcancen al ciudadano. Esto permitirá establecer planes de actuación a corto, medio y largo plazo.

Establecer un plan de evaluación y seguimiento del estado de la implantación de las propuestas. Es necesario rendir cuentas a la ciudadanía sobre el estado de implantación de las diferentes medidas y también de las razones de no implantarlas. El Gobierno de las Islas Baleares se compromete a rendir cuentas.

Valorar la necesidad de establecer grupos de consulta/trabajo técnicos-ciudadanía-expertos. Es posible que el grado de madurez de algunas propuestas o su grado de complejidad requiera el grado más alto de consulta ciudadana o de participación de expertos en la materia, con el objetivo de recabar más conocimientos y así poder tomar decisiones más informadas. El Gobierno de las Islas Baleares se compromete a crear los grupos de trabajo y/o de consulta necesarios para encontrar las alternativas más viables y adaptadas al contexto balear.

Lista de entidades y participantes

Entidad	Participantes
ALAS Salut i Sexualitats	Abad Calonge, Basilia Alcoverro Figuerola, Paz
A la vejez, vitales - Movimiento por la Salud de las Personas Mayores	Castro, Sergio De la Lama, Alfonso
Área de Salud de Ibiza y Formentera	Comendeiro Maaløe, Micaela Hurtado Fernández, Adoración Navarro Martín, Sergio Ortiz Martínez, Carmen Ribas Ahumada, Ana María Rueda García, Jesús Sayed Ávila, Sausan
Asociación Balear de Crohn, Colitis y Ostomizados (ABACCO)	Bauzà Plomer, Joana Fernández de Dios, Yolanda
Asociación Balear de Enfermería Comunitaria (ABIC)	Esteva Arrom, Apol·lònia Muñoz Alonso, Yolanda Puigserver Lladó, Rosenda
Asociación Balear de Esclerosis Múltiple (ABDEM)	Lladó Salvà, María de Lluch Miró, Pilar
Asociación Balear de Matronas	Mas Sánchez, Cristina Navas Casillas, Araceli Sampedro Álvarez, Isabel
Asociación de Celíacos de las Islas Baleares	Besalduch Martín, Marta Aitana Motos Fernández, Virginia Oliva Torres, Juan Antonio
Asociación de Diabéticos de Illes Balears (ADIBA)	Bonnín Galmés, Leonor Hill Bestard, Cristina Serrano Belmonte, Pablo Taberner Salvà, Catalina
Asociación de Pediatría de Atención Primaria de las Islas Baleares (APapIB)	Casado Picón, Rocío Chiandetti, Antonella Gallego Mingo, Nerea Garrido Conde, Beatriz Mambié Meléndez, Marianna Martín Delgado, María Isabel Mora Bestard, Maria Núñez Jiménez, Catalina Pedrosa Clar, Joana Maria Pons Sintes, Neus Tavera Tolmo, Ángela
Asociación de Rehabilitación de Accidentados Cerebrales (REHACER)	Moragón, Amparo Navas Arques, Penélope Regis Perelló, Antonia

Entidad	Participantes
Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)	Bellido Femenia, Jaime Capristo, Rocío Reyes Moreno, José
Asociación Nacional del Síndrome de Ehlers-Danlos, Hiperlaxitud y Colagenopatías (ANSEDH)	Guerrero Mas, Inma Peralta Avellà, Margarita
Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón ALCER-Illes Balears	Bonnín Galmés, Leonor Palma Zarza, Inma San Gil López-Quesada, Irene
Asociación Siloé	Vidal Busquets, Margalida
Associació Asperger Balears	Fernández López, Noelia García Socias, Eva
Associació Balear d'Alletament Matern	Rodríguez Martínez, María José
Associació Balear d'Infermeria Geriàtrica i Gerontològica	Viña García-Bericua, María
Associació Malalts i Amics de Sensibilització Central	Soler Coll, Maria del Carme
Clínica Juaneda	Columbram Gual, Antonio Marí Marí, Francisco Servera Gornals, Catalina
Colegio de Logopedas de las Islas Baleares	Amorós López, Núria Jaume Raluy, Elvina Martorell Dols, Maria Neus Vidal Torres, María José
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de las Illes Balears	Bosch Marquès, Catalina Colomar Ferrer, Maria Teresa Moñino Gómez, Manuel
Colegio Oficial de Farmacéuticos de las Illes Balears	Gayà Mascaró, Carme Martorell Ysasi, Pedro Real Ramis, Antoni Santandreu Jaume, Francisca María Suárez Mazaira, Emma
Colegio Oficial de Fisioterapeutas de las Illes Balears	Alías Aguiló, Tomás Casasnovas Perera, Susana Llabrés Niell, Leonor Mayol Salvà, Rosa Melià Carreras, Patricia Palau Riera, Mariabel Pérez Jaume, Natalia Rivas Fresneda, Alberto Tomàs Manresa, Margalida Zafra Iniesta, Raquel

Entidad	Participantes
Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares	Ceinós García, Rubén Del Diego Barquín, María Huertas Vecina, Marta Jáudenes Gual de Torrella, Teresa Martínez Muleiro, María José Mínguez Artigues, Coral Revert Vidal, Xavier Rubiño Díaz, José Ángel
Colegio Oficial de Veterinarios de las Islas Baleares	García Janer, Ramón Oliver Rullan, Andreu Saleno, Delia
Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de les Illes Balears (COIBA)	Bennàsar Veny, Miquel Bujosa Taylor, M. Isabel Ferrà i Serra, M. Josep García Castro, Silvia González Casquero, Rosa González García, Xandra Gonzalvo Oller, Carmen Moranta Gelabert, Margalida Nadolu Vélez, Eugenia Oña Gil, José Iván Sastre Perea, María José Yern Moreno, Mónica
Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears	Bonilla Pérez, Alfonso Fernández Fernández, Carmen Garcia Zanoguera, Carlos Janer Maeso, M.ª Teresa Pallicer Orzaez, Antoni Pedrosa Clar, Joana Maria Peña Zarza, José A. Recasens Laguarda, Carles Urieta Carpi, Jorge Juan Vidal Ruiz, José Antonio
Comisión de Psicología Clínica de las Islas Baleares	Larraz Geijo, Guillermo
Confederación Empresarial Veterinaria Española	Oliver Rullan, Andreu
Confederación General del Trabajo (CGT)	Martínez Arellano, Roberto Pérez Malagón, Francisco J. Ribas van Ostende, Javier Carlos
Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis Mallorca)	Otón Comas, Elisa Pérez Fernández, Isabel
Dirección General de Salud Mental	Izquierdo Hernández, Raquel Janer Dorce, María Eugenia
Escuela Universitaria ADEMA	Riutort Sbert, Pere

Entidad	Participantes
Federació d'Associacions de Veïns de Palma	Martín Clemente, Lourdes
Federació de Salut Mental de Mallorca	López Lechuga, Patrícia Mayol Caldentey, Andreu Pujol March, Carme
Federación de Personas Sordas de las Islas Baleares (FSIB)	Manrique Sanagustín, Helena Pizarro Ribas, Cristina Ubach Guerrero, Georgina
Fundación ANAR	Belmonte García, Isaac
Fundación EMBAT / Asociación de Lesión Medular y Otras Discapacidades Físicas de las Islas Baleares (ASPAYM Balears)	Sánchez Jiménez, Elena
Fundación Respiralia y Associació Balear de Fibrosi Quística	Arizti Compañón, Paz Pons Llull, Carlos
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca	Albaladejo Blanco, María Mójer Oliver, María Francisca Pascual Reus, Apolonia Victoria
Grupo Quirón	Ribot Murillo, Víctor
Hospital Comarcal de Inca	Figueroa Cezar, Milagros Morlà Barceló, Maria Rubio Batanás, Ana María Viña García-Bericua, María
Hospital de Cruz Roja de Palma	Caro Jiménez, Tania Ramón Mateu, M.ª Rosa Torrebella Seguí, Xim
Hospital de Manacor	Álvarez Fuster, Asunción Borrachero Almodóvar, Selena Fiol Isern, Cristina Florit Company, Catalina Maria Galva Borràs, Maria Isabel García Escrivà, Elena Limia Vita, Cristina Márquez Villaverde, Enriqueta Mateos Álvarez, Juana María Molina Ramos, Rosa Perelló Cantallops, Antonia Prieto Alomar, Araceli Riera, Catalina Troya Casero, Júlia Vidal Lladó, Juana M.ª Vilardell Balasch, Marta
Hospital Parque Llevant	Borràs Bosch, Maria Isabel Uguet Adrover, Gabriel

Entidad	Participantes
Hospital Sant Joan de Déu	Román Medina, Isabel
Hospital Universitario Son Espases	Granados Ulecia, Cristina Jordà Martí, Susana Martón Sobredo, Ruth Ribera Gómez, Carmen Solivellas Aguiló, Natividad Torres Torres, David
Hospital Universitario Son Llàtzer	Calafell Alemany, Marita Ríos Mejías, María José Sobrino Luengo, Susana
Il·lustre Col·legi Oficial de Llicenciats en Educació Física i Ciències de l'Activitat Física i de l'Esport de les Illes Balears	Batidor Llabrés, Merxe Contreras Polo, Marina Marco Pascual, Ricardo Muntaner Mas, Adrià Pérez Collada, Elena Soto Méndez, Fulgencio
Instituto para la Convivencia y el Éxito Escolar (CONVIVÈXIT)	Adrover Bla, Catalina Ana
Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS)	García Fuster, Julia
MÁSqueTEA	García Corvillo, Cristina
MÉS per Mallorca	Balcells Martí, Marta Carrió i Palou, Marta Mas Tugores, Joan Josep Molinas Mut, Katya Pou Goyanes, Joan Albert
Mutua Balear	Ivern Morelló, Wàlfrid
Obertament	Prunés Vigo, Joan Tornila Oliver, María Magdalena
Partido Popular	Borràs Rosselló, Isabel Fuertes de Gilbert Rivera, Beatriz Martínez Pina, Ginés Rojo Rodríguez, Gabriel Vidal Taberner, Pedro
PSIB-PSOE	Albertí Homar, Francesc Miquel Fernández Prieto, Irantzu Font Oliver, Maria Antònia Gómez Picard, Patricia Miguélez Chamorro, Angélica Roca Bennasar, Miquel Àngel Sureda Barbosa, Mar

Entidad	Participantes
SAE Sindicato de Técnicos de Enfermería	Juan Alonso, Alejandro Moreno Cabrera, Dolores Pérez Bebian, Juan M. Torres Rodríguez, Daniel
Servicio de Salud de las Islas Baleares	Álvarez-Ossorio González, Cristina Darder Bover, Margalida García Mingorance, Antonio Lorente Montalvo, Patricia Moreno Hoyos, M.ª del Carmen Mójer Oliver, María Francisca Terrassa Crespí, Juan José
Sindicato de Enfermería SATSE	Arévalo Serrano, Ana Belén Horrach Martorell, Isabel Medranda García, Raquel Pou Serra, Neus Tomàs Ramírez, Maria Vijande Dorado, Erlina
Sindicato Médico de Baleares (SIMEBAL)	Ballester Ruiz, M.ª Carmen Doganis Peppas, Constantino García Praderas, Ignacio Ginard García, Rafael Iriarte Posse, Gorka K. Orlandis Vázquez, M.ª Isabel Pérez Galmés, Carolina A. Ramón Bauzà, J. Alfonso Rebassa Bennasar, Gabriel Reyes Adrián, Vicente Terrazas de la Cruz, Sergio Triay Madrid, Claudio Urieta Carpi, Jorge Juan
Sociedad Balear de Curas Paliativas (IllesPal)	Ayllón Gavira, Lydia
Sociedad Balear de Geriatría y Gerontología	De Juan García, María José Fuertes de Gilbert Rivera, Beatriz Jáudenes Gual de Torrella, Teresa Oliver Ramón, Miquel Josep
Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación de las Illes Balears (SOMEFYR-IB)	Plou Gasca, María Pilar
Sociedad de Pediatría Balear (SOPEBA)	Pons Rodríguez, Montse
Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC Illes Balears)	Frau Bonafè, Clara Llull Vila, Rosa Maroto Yagüe, Ana Romaguera Bosch, Catalina
Sociedad Española de Fertilidad	Trinchant, Rafael

Entidad	Participantes
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Baleares)	Andreu Amorós, Juan Luis Blanes Castañer, Rafael García Romanos, Fernando Moyà Amengual, Ana Ruiz Torrejón, Amador Sureda Barbosa, Mar
Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària (IBAMFIC)	Álvarez López, Guillermo Amato, Cecilia Carina Fuster Hernández, Maria García Pardo, Marina Gorreto López, Lucia Martínez Andión, Blanca Montes Graciano Alberto Poblador Ferrer, Ignacio Villegas Rey, Alfonso
Societat Catalanobalear de Medicina Interna	Nadal Martí, Catalina Maria
Unión Balear de Entidades Sanitarias (UBES)	Columbram Gual, Antonio Fuster Miró, Antoni
Unión General de Trabajadores (UGT)	Pérez Munárriz, Walter O. Romero Barrones, Miguel Ángel
Unión Sindical de Auxiliares de Enfermería	Bustamante Liñán, María Pérez Liñago, Sergio David
Universidad de las Illes Balears	Bennàsar Figueras, Antoni Bennàsar Veny, Miquel Carrero Planells, Alba Comendeiro Maaløe, Micaela De Villalonga Smith, Príam García Pazo, Patricia Gili Planas, Margalida González Martínez, Xandra Jiménez Belio, Elena Miró Bonet, Rosa Molina Mula, Jesús Sansó Martínez, Noemí Sitges Quirós, Carolina Tur Marí, Josep A. Yáñez Gómez, Fernando
Yes With Cancer	Martínez Barberà, Manuel

Pacte per
la Salut



Govern de les
Illes Balears