



Acta de la reunión del Comité Técnico y el Comité Institucional de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS, sobre informe de evaluación de la Estrategia y líneas prioritarias de actuación.

17 de junio 2019, 9:30-14:30 hrs. Salón Ernest Lluch
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS)

Orden del día

Presentación del informe de evaluación de la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad (EAC) en el SNS <ul style="list-style-type: none">Comentarios a líneas prioritarias de actuación.	9:30 - 11:30
Pausa café	11:30 - 12:00
Continuación: presentación del informe de evaluación de la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad (EAC) en el SNS <ul style="list-style-type: none">Comentarios a líneas prioritarias de actuación.Cronograma y próximos pasos	12:00 - 13:30
Información sobre la "Jornada para el intercambio de experiencias con valor para la gestión de pacientes con enfermedades crónicas" 25 de octubre 2019.	13:30 - 13:45
Otros	13:45 - 14:15
Cierre de la reunión	14:15 - 14:30

Desarrollo de la reunión

El objetivo de la reunión es la presentación y cierre del informe de evaluación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (EAC), así como comenzar el debate de las líneas prioritarias de actuación, en base a estos resultados de evaluación.

La Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación, realiza la apertura de la jornada y da la bienvenida a los representantes de CCAA y de otros departamentos Ministeriales en el Comité Institucional de la EAC, y a las Sociedades científicas y asociaciones de pacientes del Comité técnico de la misma.

La Subdirectora General de Calidad e Innovación, agradece la asistencia y se pasa directamente al contenido del documento.

La coordinadora técnica de la Estrategia, realiza una breve presentación de las conclusiones más relevantes de la evaluación, y se van debatiendo los comentarios generales al documento y los específicos de las 8 líneas prioritarias de actuación:

1. Historia clínica electrónica compartida

Hubo un acuerdo sobre la importancia de este punto como la base para poder cumplir una buena asistencia a pacientes crónicos, reclamando que sea una realidad impulsada por el MSCBS, así como garantizar la interconectividad entre CCAA. Se sugirió que por ejemplo fuera

una exigencia recogida en los conciertos de prestación de servicios. No obstante hay CCAA, como Galicia que remarcó que en su HCE el paciente puede consultar su información esté donde esté.

Desde la Subdirección General de Información Sanitaria (SGIS) se aclara que el Ministerio ha normalizado y en muchos casos mediante normas, todos los aspectos de la información sanitaria en los que tiene competencias. Sobre el modo de organizarlo, el Ministerio puede proponer conceptos o recomendaciones como viene haciendo hasta ahora, como por ejemplo en el último documento “Historia Clínica Digital Conceptos comunes y definiciones” (aprobado ya para publicación). Por otro lado, incide en que la interoperabilidad de historias clínicas entre CCAA está ya desarrollada, según los consensos recogidos en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, pudiendo los profesionales acceder a información clínica de un paciente con independencia del modelo de HCE que maneja a nivel local. De la misma manera se inter-opera con la receta electrónica.

La SEGG, identificó que a parte de un módulo eficaz de prescripción activa, era determinante la posterior adherencia de los pacientes.

UESCE sugiere que la HCE pueda incorporar herramientas o información para la detección de errores en la medicación.

El coordinador científico de la EAC, Domingo Orozco, señala la importancia de este aspecto por sus implicaciones con la seguridad del paciente.

[Este debate se continua en el punto 7]

2. Integración social y sanitaria

Se resaltó la gran necesidad de compartir información entre estos dos sectores. Algunas CCAA contaron sus experiencias/dificultades:

- Cataluña: han iniciado registros sociales básicos mediante convenios intra-administraciones que requieren el consentimiento de la persona, probando la terminología SNOMED-CT. Piden conocer iniciativas para acceder a la información de reconocimiento de dependencia y discapacidad. Existen barreras regulatorias y no hay un catálogo estandarizado de problemática social.
- Asturias: el desarrollo de este punto requiere un ámbito comunitario no solo desde AP, y que se visibilicen las comisiones de coordinación sociosanitaria. Se deben tener sistemas de información poblacionales de aspectos sanitarios y sociales, con mayor protagonismo de los registros de valoración funcional y social, y el MSCBS puede impulsar un foro sobre las dificultades normativas de los sistemas de información.
- Castilla y León: menciona su experiencia de más de 18 años. Elaboran perfiles de usuarios con necesidades social y sanitaria, para incluirlos en programas de atención temprana, salud mental y dependencia. Como medios de comunicación entre sectores usan el correo electrónico y teléfono, y están desarrollando un proyecto sobre una plataforma para conectar estos dos sectores.
- Baleares: llama la atención sobre la ausencia de representantes sociales (salvo IMSERSO). Enumera varias dificultades: i) los distintos perfiles de usuario (con dependencia y alto consumo de recursos, niños con alto consumo de recursos, enfermedad mental grave); ii) la diversificación de servicios sociales; iii) el cambio de políticas; iv) el gran número de proveedores servicios sociales, etc. ellos trabajan con 2 comisiones, una trabajo social y sanitario, y otra interinstitucional con 24 representantes.

- Cantabria, señala el problema a la inversa, los profesionales sanitarios no acceden a la información en centros residenciales (ej. atención de urgencia), que debería estar disponible al menos en centros públicos y concertados.
- Galicia trabaja en un bloque conjunto (política social, educación y sanidad) y han realizado una reforma socio-sanitaria, si proporcionar más detalles.

La coordinadora científica de la EAC, Carmen Ferrer, sugirió la creación de un grupo de trabajo con CCAA para avanzar en estas líneas de trabajo¹.

Desde la SGIS consideran adecuado lo mencionado por Cataluña sobre el uso del sistema SNOMED-CT para los trabajos que se realicen sobre normalización de terminología social.

IMSERSO, este punto sería una estrategia por sí solo, que abordase los servicios que se prestan y los sistemas de información. Disponen de sistemas (SIUS) sobre dependencia y discapacidad. Proponen modificar el nombre a “atención coordinada social y sanitaria”.

Desde la Subdirección General de Calidad e Innovación (SGCI), se adelanta que se quiere organizar una jornada de intercambio de experiencias con valor en la gestión de los pacientes con enfermedades crónicas en octubre, donde una de las áreas a tratar será esta, con las experiencias de CCAA que se hayan identificado de interés (ej. Castilla y León entre otras).

La AETSYS sugiere que se potencie la creación de espacios compartidos de trabajo social-sanitario en valoraciones integrales de los pacientes.

AEPap, y lo apoya la POP, apunta la importancia de las valoraciones integrales en niños crónicos que aborden a toda la familia, con la participación de otros profesionales necesarios como son los psicólogos.

La SEGG, resaltó la importancia de que esta integración también abarcase al sector privado, por el gran volumen de población que se atiende en este entorno.

La AECC sugiere incluir un indicador para detección a tiempo del riesgo de exclusión social.

Desde la SGCI se indica que los indicadores recogidos en el informe se acordaron también teniendo en cuenta la factibilidad de su obtención, así como su utilidad en medidas a abordar desde los sistemas sanitarios. La dificultad en la obtención es el principal motivo de no recoger más indicadores de aspectos sociales. Otros comentarios se reflejaran en el informe.

3. Fomentar el trabajo en equipo y la corresponsabilidad de los profesionales de los distintos ámbitos asistenciales como garantía de la continuidad asistencial.

Desde el FEP indican que se haga una referencia a profesionales de la salud, como una manera de englobar a otras disciplinas aparte de medicina y enfermería (ej. psicología, personal administrativo, etc...).

La AEPCP resalta la necesidad de incluir a los profesionales de psicología en los equipos multidisciplinares que traten a pacientes con enfermedades crónicas, para abordar las necesidades de las capacidades cognitivas y de conducta humana (ej. aceptar las nuevas

¹ En el momento actual ya se ha constituido un grupo de trabajo con participación de la Secretaría General de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación y la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia) y el IMSERSO para el abordaje de aspectos de coordinación socio-sanitaria.

capacidades tras un ictus, afrontar la enfermedad de un hijo, etc..). Consideran importante su intervención en las valoraciones neuropsicológicas de la persona y la familia.

SEGG recuerda la necesidad de que en los casos complejos se identifique a una persona del equipo que sea el principal contacto para el propio paciente y su familia, y el punto de encuentro con el resto de profesionales que lo trata.

La SEMG señala que no se ha abordado suficientemente la co-responsabilidad relacionada con la asistencia de la atención hospitalaria, y la referencia a la gestión por procesos asistenciales integrados.

La SEFAC señala la necesidad de contar con los profesionales de farmacia comunitaria para tener una visión más global de los pacientes, y recoger esta colaboración en aspectos de conciliación de la medicación. Existen herramientas que pueden ser de interés (comunicación cautelara).

Canarias señala la importancia de acceder a servicios de rehabilitación en hospitales de larga o media estancia, para la recuperación de capacidades funcionales que permitan el retorno al domicilio, pero duda de que deba ser un recurso de acceso hospitalario, considera que debería accederse también desde la AP.

Desde la SGCI se indica que se reflejaran comentarios en el informe.

4. Impulsar la visita domiciliaria en las personas en situación compleja, clínica o social, como uno de los objetivos a conseguir por cada equipo de AP.

La AEPap solicita que se reflejen también los resultados de visita domiciliaria en población infantil, e indica que debería recogerse la visita domiciliaria pediátrica como un punto diferenciado.

FEP, señala la necesidad de atención en el entorno domiciliario también por distintos profesionales, según sus competencias (trabajador social, etc...).

SEFAC añade en este sentido, el apoyo que puede representar la incorporación de farmacéuticos comunitarios en programas de atención farmacéutica domiciliaria.

Desde SEMFYC están de acuerdo en que la atención domiciliaria debe pivotar en la AP, pero se deben fijar: objetivos concretos, incorporar la visión del paciente, aumentar los recursos de enfermería y la financiación.

UESCE aclara que aunque la visita domiciliaria se base en la enfermería de AP, también se exija transparencia en la financiación de la actividad, que debe ser pública.

Cataluña señala que es necesario plan conjunto sanitario-social y alianzas con el ámbito local para crear una gobernanza adecuada que pueda gestionar este servicio. Insiste en que los sistemas de información deben tener cobertura poblacional (sanitaria y social). Y deben incluirse a otros actores para ayudas técnicas.

Canarias, afirma que el indicador recogido con los datos de SIAP no es lo suficientemente detallado. Sería de interés poder incluir más campos de registro como el lugar de la visita, etc..Considera que el resultado de un 70% de personas mayores de 80 años sin recibir visita domiciliaria es interpretable, ya que mucha población de más de 80 años puede no requerirlo.

Habría que profundizar más en el resultado para tener conclusiones más robustas. Además señala que la referencia a un índice Barthel menor de 60 supone una situación de gran complejidad, quizás sería más adecuado establecer actuaciones con antelación.

Desde SGIS se aclara las características de los sistemas que recogen estos datos, que se trabajan en los grupos de trabajo con las CCAA: SIAP recoge la actividad, pero no el motivo de la visita; BDCAP donde el centro es el usuario, si recoge problemas de salud, pero no datos de actividad.

La SGCI indica que la incorporación de farmacéuticos comunitarios en este ámbito de actuación está fuera de sus competencias.

Sobre la jornada de intercambio de experiencias este será otro de los bloques, en donde se podrá profundizar más en el análisis de la actividad de visita domiciliaria. Se recoge la sugerencia de Canarias de ampliar información de las experiencias que se expongan con antelación a la jornada. Se propondrán diversas CCAA, una de ellas Andalucía. Otros comentarios se reflejarán en el informe.

5. Mejorar la capacidad resolutive y la gestión clínica de la demanda de AP.

UESCE pregunta si se puede proponer un estándar para el ratio de personas asignadas a profesionales de enfermería.

AEPap solicita incluir los datos de ratio de personas asignadas a pediatras. Además indica que su asociación considera importante la existencia de sistemas de estratificación de la población que también identifique la población infantil con necesidades más complejas para emplearla en las valoraciones integrales. Por último indica que faltan los datos de prevalencia en población de 0 a 14 años.

Desde SESPAS también apoyan que se visibilice más el enfoque poblacional, y la estratificación de la población por necesidades.

Desde SEMG reiteran la solicitud de reflejar la necesidad de aumentar un 20% la financiación a AP, que no se recogió en el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. Además reivindica que el acceso a pruebas diagnósticas debe ser por indicación no por nivel de atención.

Desde AEFI señalan que, a pesar de reconocerse la necesidad de la atención de fisioterapeutas desde que se aprobó la Estrategia, no ha habido grandes avances. Hay un número reducido de profesionales en AP que no participan en la atención de patologías crónicas sino que siguen atendiendo mayoritariamente patología aguda, y a pacientes derivados desde la atención hospitalaria.

La AEPCP indica que a pesar de que el indicador de fisioterapia si recoge a los terapeutas ocupacionales, no se refleja en el texto, y pregunta si desde el SIAP se puede recoger el nº de psicólogos.

La SEGG sugiere que los pacientes con un alta reciente podrían ser una diana a priorizar en el servicio de fisioterapia, ya que muchas veces sus capacidades funcionales están peor que antes del ingreso. Además consideran que deben potenciarse las consultas no presenciales.

SEMEG insisten en incluir la valoración de la fragilidad también como acciones a realizar desde la AP, como medida preventiva para mantener la calidad de vida de las personas y contribuir a la sostenibilidad del sistema.

Desde AEC hace referencia a que el insuficiente número de profesionales en la AP genera peores condiciones de atención, y se requiere redefinir el modelo de atención a agudos a un modelo de atención a la población.

SEMERGEN apoya este enfoque poblacional, y la necesidad de la organización del trabajo mediante una planificación de la agenda, así como que se ajusten los cupos de pacientes según la pluripatología. También apunta a la oportunidad para la mejora de comunicación entre niveles asistenciales mediante las interconsultas facilitadas por las nuevas tecnologías.

La coordinadora científica de la EAC, Pilar Román considera que efectivamente la estratificación de las necesidades te permite realizar ese enfoque poblacional de la atención, pero que debe unirse a una mejor gestión de la demanda, para lo que se requiere una mayor participación del profesional de enfermería.

La Subdirectora General de Calidad e Innovación, explica que este MSCBS está trabajando intensamente por reforzar y reorganizar la AP incluyendo el número de profesionales, tareas asignadas, sistemas de estratificación de la población, etc...y que muchas de estas sugerencias se reflejan en el informe.

La Subdirectora General de Ordenación Profesional, corrobora esta idea, y a través del “Marco estratégico de AP” se van a revisar las funciones de los profesionales de AP, los ratios de pacientes asignados a un profesional, y se planteará revisar la normativa en cuanto a la constitución de los equipos. Además el Marco si establecía realizar un incremento progresivo de la financiación en función de las necesidades.

Desde la SGIS responden que próximamente se podrá publicar datos de otros profesionales de la salud pero no será por ratios, dada la distinta organización de las CCAA, no reflejaría la realidad del acceso al servicio.

La coordinadora técnica de la EAC, indica que el indicador de nº fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales se fijó así ya que se recogían estos datos en SIAP, pero el objetivo como punto de partida es dar información sobre el acceso al servicio de fisioterapia desde AP. El informe de evaluación insiste y refuerza la recomendación de cubrir la necesidad del servicio de fisioterapeuta para pacientes crónicos desde la AP. En relación a la valoración de la fragilidad, estamos totalmente de acuerdo, por eso se desarrolló la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, que cubre en profundidad estos aspectos.

6. Participación y empoderamiento del paciente en su proceso asistencial.

La AEC señala que consideran necesario diferenciar el empoderamiento del paciente en dos vertientes: en edad temprana, con la participación de personal sanitario en centros educativos, y por otro en los ancianos (respuesta en los comentarios generales, más abajo).

FEP afirma que se debe implicar al paciente en todos los campos y ámbitos de la atención, desde la creación de políticas, hasta la gestión de su propia salud, para lo que considera de gran importancia la labor de la Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos.

La AETSYS, recuerda que en los planes de autocuidado debe tenerse en cuenta el contexto social de la persona y del cuidador principal, así como en población infantil valorar desde un punto de vista social, la implicación de la familia.

UESCE, sugiere que en el autocuidado se tenga en cuenta también a los profesionales de enfermería hospitalaria, muy formados también en estas competencias.

El coordinador científico, Domingo Orozco, recuerda que la participación del paciente en su propio cuidado debe estar siempre incluida, ya que es la manera de mejorar su implicación y con ello los resultados en salud de la atención.

Extremadura reflexiona sobre la pérdida del valor en el acceso a la AP que se ha producido en nuestro sistema sanitario, y las dificultades que esto genera para una atención de calidad.

Desde la SGCI se indica que muchos de estos comentarios ya se incluyen o se reflejarán en el informe.

7. Uso seguro y efectivo de medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas polimedicaos

SEFAP indica que se debe ampliar la conciliación de la medicación también al ámbito de AP. Además, considera que falta un indicador que mida adherencia, y para ello propone que pueda conocer al menos la retirada de los medicamentos. Asimismo, resalta la existencia de herramientas para la prevención de errores de medicación que pueden utilizarse, así como la necesidad de la revisión de la medicación diferenciando entre población general, y pacientes frágiles o con multimorbilidad, teniendo como agentes colaboradores a farmacéuticos de AP.

ANPIR señala que los resultados de alta prescripción de BDZ y neurolépticos (medicamentos relacionados con el comportamiento) demuestran que la cronicidad está excesivamente medicalizada y debe reducirse incluyendo la aportación de los tratamiento no farmacológicos en la atención al paciente crónico.

Canarias consultó una duda con la ficha del indicador de polimedicaos sobre la diferencia entre medicamentos y principios activos.

Navarra sugiere que se incorpore también la “de-prescripción” como actividad a fomentar en estos pacientes crónicos grandes polimedicaos.

POP señala que deben de mejorarse la formación a pacientes y cuidadores sobre el autocuidado que acompaña a la toma de medicamentos.

La coordinadora técnica de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, informa del trabajo emprendido en el marco de la citada estrategia, en coordinación con la EAC, sobre el documento de “Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos”. Está previsto ampliar el proyecto para abordar la conciliación de la medicación desde AP.

La SGIS explica que el indicador de polimedicaos con fuente en BDCAP se nutre de la información de receta electrónica, por lo tanto ya son medicamentos dispensados que hayan sido prescritos en AP. Además se utiliza un nivel de agrupación un poco superior al de principio activo, para evitar que se pierda información en el tiempo acumulado de tratamiento, debido a cambios de principio activo de un mismo tipo de medicamentos (ejemplo de estatinas).

8. Continuar el proyecto de Mejora del Abordaje del Dolor Crónico en el SNS.

Desde la POP consideran muy importante esta línea de actuación, así como poder abordar también otras patologías de curso crónico como son la ansiedad y la depresión.

La coordinadora científica, Pilar Román, señala que en este ámbito hay perfiles profesionales que pueden aportar mucho, como son los psicólogos y los fisioterapeutas.

Desde la SGCI se indica que se cuenta con un comité asesor que recoge muchos de estos perfiles profesionales, para los trabajos en esta área.

Otros comentarios generales:

- Desde la AECOSAN se solicita incluir referencias al trabajo la Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Estrategia NAOS. Y por otro lado la Subdirección General de Promoción de la Salud y vigilancia epidemiológica, también sugieren mayores sinergias en el trabajo relacionado con las enfermedades no transmisibles, en línea con el objetivo de impulsar la salud en todas las políticas y una visión intersectorial.

Desde esta SGCI se está de acuerdo en generar el mayor número de sinergias posibles (también con el trabajo de SG Ordenación Profesional en relación al marco estratégico de AP, y de la SG Cartera Básica de Servicios y Fondo de Cohesión), y todo ello se tendrá en cuenta a la hora de priorizar las líneas de actuación.

- La UESCE, solicita que se retome el documento sobre la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) elaborado con el Ministerio y participación de CCAA y Sociedades Científicas en 2015, para potenciar el cribado y seguimiento de este aspecto tan relevante para los pacientes con enfermedades crónicas.

Desde esta SGCI no se considera apropiado aprobarlo como documento marco, pero se tendrán en cuenta y se tratará de reflejar sus recomendaciones en los trabajos que se generen en el marco de la EAC.

- Desde la Alianza General de Pacientes, y AEC reclaman que hay personal sanitario en los centros educativos.

Desde el MSCBSI y esta SGCI, en este informe de evaluación de la EAC, se apoyan distintas acciones que contribuyen a reforzar la AP. Consideramos que esta es la clave para avanzar, tanto en la atención de crónicos de edad avanzada, como en los niños crónicos. Son los centros de salud que tengan asignados los distintos centros educativos los que, a través de acuerdos, atiendan a esta población. Si se refuerza la AP en general, también se refuerza y se verá cubierta esta necesidad.

Jornada para el intercambio de experiencias con valor para la gestión de pacientes con enfermedades crónicas” 25 de octubre 2019.

Se plantearon los posibles bloques de experiencias a intercambiar, en base a la identificación de buenos resultados de la evaluación, así como otras áreas de interés.

Se recoge la sugerencia de ampliar la información sobre las posibles experiencias que se expongan con antelación, y se trabajará el programa con las CCAA antes de verano.

Otros:

- **Continuidad del proyecto de Estratificación de la Población en el SNS:**

Se informa de la intención de continuar este proyecto, dado el uso por las CCAA de esta herramienta, y las necesidades de mejora que tiene. Para ello se trabajará con la colaboración de las CCAA.

- **Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación (Estrategia de Seguridad del Paciente SNS y Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS)**

Este es otro de los proyectos a trabajar a corto plazo, tal y como se ha informado antes.

- **Continuidad del proyecto de Mejora del Abordaje del Dolor Crónico en el SNS.**

Se informa de los comienzos de trabajos en programas formativos para el abordaje del dolor para profesionales sanitarios de AP, teniendo en cuenta las actividades realizadas en las distintas CCAA (Andalucía y País Vasco).

- **Acción Conjunta sobre cuidados integrales y centrados en la persona facilitados por la digitalización**

Se informa de la tramitación de todas las solicitudes recibidas de las CCAA, y del posible interés de los resultados de la misma en áreas como es la coordinación social y sanitaria que hemos comentado esta mañana.

Conclusiones de la reunión:

- Se remitirá nueva versión del informe de evaluación EAC con las aportaciones que se valoren apropiadas, y previa consulta a CCAA sobre la desagregación de los datos para su publicación, aunque la mayoría son ya datos públicos.
- Se trabajará con las CCAA la Jornada de intercambio de experiencias de octubre.
- Se trabajará en las actuaciones prioritarias para el futuro, teniendo en cuenta las áreas donde el MSCBS pueda contribuir, así como las sinergias con otras Unidades y Centros Directivos del Ministerio. Se plantearán prioridades en distintos plazos. A corto plazo se trabajará en 1) el proyecto de estratificación de la población del SNS; 2) la conciliación de la medicación y 3) programa formativo a profesionales de AP para el abordaje del dolor.

Asistentes

Comunidades Autónomas

CCAA	Representante
Andalucía	Eugenio Martínez Concepción
Aragón	Luis Gómez Ponce
Asturias	Oscar Suárez Alvarez
Baleares	Angélica Miguélez Chamorro
Canarias	Josefa Maila Pérez Mendoza
Cantabria	Carlos Fernández Viadero
Castilla la Mancha	Pedro Luis López Galindo
Castilla y León	Lydia Salvador Sánchez, M ^ª Ángeles Guzmán Fernández
Cataluña	Juan Carlos Contel Segura
Comunidad Valenciana	Pablo Rodríguez Martínez
Extremadura	Manuela Rubio González
Galicia	Sinda Blanco Lobeiras
Madrid	Carmen García Cubero M ^ª Nuria Fernández de Cano
Murcia	No asiste
Navarra	José Javier Celorrio Astiz
País Vasco	Igor Zabala Rementería
La Rioja	No asiste
INGESA	No asiste

Sociedades Científicas

Sociedad	Representante
Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)	Miguel Ángel Núñez Martínez
Asociación Española de Fisioterapeutas (AEFI)	Rafael Rodríguez Lozano
Asociación Española de Pediatría (AEP)	Francisco José Climent Alcalá
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)	Olga Cortés Rico
Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)	No asisten
Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR)	Xacobe Abel Fernández García
Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS)	Santiago Urmeneta Aguilar
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)	Carmen Ferrer Arnedo
Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)	Ester Amado Guirado
Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)	Dolores Murillo Fernández
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	No asisten
Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)	M ^a Victoria García López
Sociedad Española de Geriátrica y Gerontológica (SEGG)	José Antonio Serra Rexach
Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)	Berta Alvira Rasal
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)	Javier Benítez Rivero
Sociedad Española de Médicos de Familia y Comunitaria (SEMFYC)	Ana Arroyo de la Rosa
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)	Francisco José Sáez Martínez
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)	No asisten
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)	Dolores Cuevas Cuerda
Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE)	Marilourdes De Torres Aured

Asociaciones de Pacientes

Asociación	Representante
Alianza General de Pacientes (AGP)	Pilar Martínez Gimeno
Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)	Ana Fernández Marcos
Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)	Daniel-Aníbal García Diego
Foro Español de Pacientes (FEP)	José Luis Baquero Úbeda
Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)	Carina Escobar

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social e ISCIII

Organización	Representante
S.G. de Calidad e Innovación	Yolanda Agra Varela
	Carmen Arias López
	Rocío Fernández González
	Nuria Prieto Santos
	Jesús Casal Gómez
	M ^a Isabel García Fajardo
S.G. Información Sanitaria y Evaluación	M ^a Santos Ichaso Hernández-Rubio
S.G. Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública	María Terol Claramonte Alicia Estirado Gómez Carmen Tristán Antona
S.G. de Cartera Básica de Servicios y Fondo de Cohesión	Nuria García Escribano Magdalena Pérez Jimenez
D.G. de Ordenación Profesional	Marian López Orive
Vocalía Asesora para la Estrategia NAOS de la AESAN	Teresa Robledo de Dios
Instituto de Salud Carlos III	Miguel Calero Lara

Coordinadores científicos

Carmen Ferrer Arnedo
Pilar Román Sánchez
Domingo Orozco Beltrán