



Fundación  
Signo

# APRENDIENDO DE COVID-19: LA VISIÓN DE LOS DIRECTIVOS SANITARIOS

Principales hallazgos y conclusiones

Realizado por:

**Hiris**

Con el patrocinio de:

**teva**

## **Comité de Dirección de la Fundación Signo**

Presidente:

**Josep Pomar Reynés**

Vicepresidente:

**Marisa Merino Hernández**

Secretario General:

**Luis Carretero Alcántara**

Vocales:

**Carmen Pérez Romero**

**Ignacio López Parrilla**

**Madrid, junio de 2020**

Desde su creación, hace ya más de veinte años, y con anterioridad a través del Proyecto Signo, la Fundación Signo ha tenido la vocación de congregar al sector sanitario para analizar nuestra realidad sanitaria y proponer alternativas de mejora. Nuestra entidad ha querido distinguirse por la pluralidad y la independencia y, por esta razón, desde el rigor, hemos procurado conciliar la diversidad de visiones para poderlas sintetizar en formulaciones realistas al servicio del sistema sanitario.

Atentos a la situación provocada por la pandemia del Covid19, vivida en primera línea en nuestros centros sanitarios y protagonizada, en una parte importante, por sus responsables, hemos visto la necesidad de recopilar estas experiencias y buscar denominadores comunes en las respuestas y en las enseñanzas que se pueden derivar. Nada mejor que consultar a un número relevante de directivos para extraer esta información, tan fresca todavía y aportar un primer análisis de urgencia.

Desde el Patronato de la Fundación Signo queremos agradecer la disponibilidad de los directivos encuestados y la profesionalidad con la que la consultora Hiris, a quien hemos encomendado el trabajo de campo y su sistematización, han contribuido a configurar un documento final que ahora presentamos y del que nos sentimos orgullosos. La contribución del patrocinador, Teva, facilitará, sin duda su correcta difusión y, en definitiva el debate, fin último del proyecto.

Es deseo de la Fundación que este documento de trabajo cualitativo, por su amplitud en participación y por su precocidad sean de utilidad en un momento clave para nuestra sanidad y sirvan de base al debate y a la concreción de los cambios cuya oportunidad ahora es más palpable

**Josep M Pomar Reynes**  
Presidente Fundación Signo

## **Presentación**

La pandemia COVID19 ha puesto frente a las cuerdas a todos los sistemas sanitarios del mundo, también al español. La concentración de una demanda de pacientes graves que requirieron todo el elenco de servicios sanitarios, salud pública, atención primaria, hospitalización y cuidados críticos no se había conocido nunca hasta ahora durante la existencia de los sistemas sanitarios modernos. Su duración ha sido corta, exclusivamente comparable con situaciones de guerra o catástrofes naturales, pero el coste humano, y previsiblemente económico, va a ser enorme. No obstante, nuestra sociedad, nuestro tejido económico y nuestro querido sistema sanitario podrán hacerle frente. Más pronto que tarde recuperaremos la normalidad, y seguramente parte de esa normalidad será contar con un tratamiento o vacuna seguros y eficaces. Además, conoceremos mejor la estructura y manera de hacer frente a estas diferentes estirpes de coronavirus, que llevan amenazando a nuestras sociedades desde comienzos del presente siglo.

Permanecen otras amenazas para la humanidad para las que debemos prepararnos y actuar desde ya: el cambio climático, el ciberterrorismo, los movimientos migratorios irregulares, las catástrofes naturales dentro o fuera de nuestras propias fronteras, o la posibilidad de nuevas epidemias... Y persisten desafíos propios de sociedades desarrolladas como la nuestra que aun siendo conocidos precisan de una revisión permanente de nuestros sistemas de cuidados: la longevidad y el envejecimiento, la cronicidad, la soledad no deseada, el vaciamiento de muchos de nuestros pueblos y territorios, el desarrollo y coste de la innovación, la distribución y preparación de nuestros profesionales.

La dimensión de los efectos humanos, sociales y económicos de la pandemia por SARS-CoV2 en nuestro país nos debe impulsar a prepararnos mejor para afrontar nuevas olas de SARS-CoV, al mismo tiempo que adaptamos a nuestro sistema de salud para abordar los desafíos basales que permanecen tras la epidemia.

La pandemia que hemos vivido marcará seguramente un antes y un después en los servicios sanitarios de nuestro país. Muchos de los cambios que se han introducido de manera acelerada quedarán, porque eran necesarios y demandados desde mucho antes, pero a partir de ahora debería hacerse de una manera más ordenada y eficaz.

Para planificar y acordar los cambios que han de permanecer o han de introducirse en el sistema sanitario debemos partir del estudio y reflexión sobre lo que ha ocurrido durante la pandemia. Conocer los éxitos, muchos, y las insuficiencias, que también las ha habido, de los servicios de salud. Y para ello este estudio ha preguntado a quienes han ejercido la responsabilidad de organizar la respuesta sanitaria en los hospitales y centros de salud, directivos sanitarios con diferentes responsabilidades (gerencias hospitalarias, direcciones médicas y de enfermería, de atención primaria, administración y compras) de las 17 comunidades autónomas.

Nos hemos decantado por una metodología cualitativa, entrevistas personales en profundidad (telefónicas, eso sí, corren nuevos tiempos), porque buscamos conocer detalles y reflexiones sobre lo que se ha hecho, y sobre cómo se percibe el futuro. La riqueza y detalle de las experiencias recogidas no debieran quedarse en la presentación que realizamos en este estudio, sino que deberían poder informar numerosos debates y planes de mejora que serán necesarios a partir de ahora. Es nuestra esperanza que así sea.

El estudio se ha dividido en cuatro bloques de investigación:

1. **Respuesta a la pandemia:** ¿Cómo se reorganizaron los procedimientos asistenciales y los servicios?; ¿Cómo se reforzaron y redistribuyeron los profesionales sanitarios?; ¿Cómo se adaptaron las infraestructuras y equipamientos, y se gestionaron los suministros? ¿Cómo se organizó la toma de decisiones y la coordinación entre niveles asistenciales, con los servicios sociales, con los centros privados y con los proveedores? Y ¿en qué medida se han puesto en marcha alternativas virtuales de atención?
2. **Previsión de futuro:** ¿Cómo se verá afectada la demanda de asistencia sanitaria en el futuro? ¿Qué pasará con la atención sanitaria demorada? ¿Cómo será la demanda y respuesta de los pacientes tras la pandemia? ¿Cómo se afectarán los presupuestos sanitarios de 2020 y 2021? ¿Cuáles son las necesidades de recuperación en los centros tras COVID19?
3. **Cambios** que deben consolidarse o incorporarse tras la pandemia: ¿Qué cambios introducidos durante la pandemia funcionaron mejor y peor? ¿Cuáles deberían permanecer o escalarse? ¿Qué otros deberían implementarse ahora?

**Aprendiendo de COVID-19:**

La Visión de los Directivos Sanitarios

4. El **papel de la industria farmacéutica**: ¿Cómo respondió la industria farmacéutica ante la sobredemanda de asistencia sanitaria y medicamentos? ¿Cómo se estableció la coordinación? ¿Cuáles serían los factores clave para garantizar el suministro de medicamentos ante un posible rebrote de esta u otra pandemia? ¿Cómo se percibe que deberá cambiar la relación entre el profesional y los centros sanitarios con la industria y los delegados o representantes farmacéuticos tras COVID19?

**Jesús María Fernández Díaz**  
CEO y Fundador de HIRIS Care

## Hallazgos clave

La **respuesta** a la pandemia dada por nuestros servicios sanitarios ha demostrado la capacidad de resistencia y flexibilidad de los centros asistenciales y de coordinación del sistema en su conjunto, que ha conseguido superar la insuficiente preparación previa para una situación como la vivida. La competencia y generosidad de los profesionales han vuelto a demostrar el enorme capital con que el sistema sanitario español cuenta. Un mayor detalle sobre las medidas y hallazgos relacionados con la respuesta a la crisis se resumen en los siguientes puntos:

- La rapidez de la extensión de la pandemia sobrepasó todas las expectativas y encontró a los sistemas sanitarios sin la suficiente preparación. A pesar de ello, rápidamente se estableció un mecanismo de respuesta basado en:
  - ⇒ Nuevos circuitos asistenciales separados para pacientes COVID y no COVID y triaje en la recepción de centros. Creación de circuitos rápidos de atención
  - ⇒ Suspensión de toda clase de actividad demorable
  - ⇒ Eliminación de visitas de familiares o acompañantes.
  - ⇒ Organización de equipos multiprofesionales con gran autonomía de funcionamiento.
  - ⇒ Desdoblamiento y adaptación de nuevos espacios y unidades para la atención a pacientes COVID en función de su clasificación.
  - ⇒ Nuevas infraestructuras sanitarias (hospitales de campaña) y medicalización de infraestructuras no sanitarias (hoteles, residencias, etc.).
  - ⇒ Nuevas contrataciones de personal y redistribución de profesionales y tareas que afectó a todas las categorías profesionales, ampliación de jornadas y turnos y suspensión de licencias.
  - ⇒ Sectorización e integración socio-sanitaria en un mando único. Medicalización de residencias y centros sociales mediante unidades profesionales desplazadas a estos centros y colaboración de profesionales de ambos sectores.
  - ⇒ Reprogramación de asistencia indemorable (hemodiálisis, quimio y radioterapia, etc.).

- ⇒ Implantación de teleasistencia utilizando las tecnologías disponibles (reforzando algunas de las plataformas de comunicación), seguimiento telefónico de pacientes, interconsultas primaria-especializada, alternativas de telefarmacia para medicamentos de diagnóstico hospitalario; y del teletrabajo para labores administrativas y también algunas asistenciales.
  - ⇒ Nuevos procedimientos más ágiles de coordinación entre niveles asistenciales.
  - ⇒ Agilización de los procedimientos de suministro, propios del estado de alerta, ante el agudo desabastecimiento que efectivamente se produjo.
  - ⇒ Cierre de muchos centros de salud, concentrando la atención urgente y despistaje de sospechas COVID en unos pocos centros, separando circuitos desde áreas de precibado y seguimiento telefónico de pacientes en el domicilio.
  - ⇒ Cribado y clasificación de pacientes telefónico desde los servicios de emergencias, quienes han jugado un papel esencial en la organización de los sistemas de coordinación y respuesta dada su mayor preparación para estas situaciones.
  - ⇒ Tramitación digital de la mayor parte de trámites administrativos (partes de IT, recetas, etc.) en atención primaria.
- La respuesta de los profesionales ha sido extraordinaria tanto en cuanto a su voluntad y disposición de trabajo como en las competencias profesionales demostradas.
  - El sector hospitalario privado se puso a plena disposición del sistema público para complementarse y sin precondiciones, trabajando como en una red única.
  - En muchos casos, ante la ausencia de planes de contingencia para situaciones como esta, se tuvieron que improvisar medidas, así como aprender y corregir sobre la marcha.
  - El altruismo de muchas empresas (suministradores habituales o no), entidades y personas que hicieron donaciones de materiales, equipos o servicios que resultaban necesarios permitió suplir carencias,

reconociendo también la colaboración voluntaria de determinados profesionales ajenos a los centros.

Con relación a la **previsión de futuro**, los hallazgos más importantes orientan a mantener los niveles de seguridad frente a COVID en los centros sanitarios, prepararse a futuras nuevas olas de coronavirus, recuperar la atención sanitaria no atendida y evaluar los costes extraordinarios que ha significado la pandemia y la recuperación de la normalidad. Estos son los principales hallazgos:

- Las medidas de prevención y protección frente a COVID19 van a permanecer durante unos meses, en tanto no desaparezca por completo la transmisión del virus o se encuentre una vacuna eficaz. Ello obligará a mantener dobles circuitos, sistemas de precibado de los pacientes, disposición de pruebas diagnósticas de SARS-CoV2, reservas estratégicas de materiales de protección y suministros, refuerzo de plantillas, evitar toda la atención presencial que no sea precisa y extremar las medidas de limpieza, higiene y uso de protección personal.
- Debe retomarse la actividad asistencial demorada mediante una priorización de las listas de espera. No está claro cuál va a ser la disposición de los pacientes para acudir al hospital cuando requieran tratamientos o pruebas que puedan demorar, o para acudir a los programas de diagnóstico precoz y seguimiento de tratamientos crónicos. Puede haber una afectación sustancial por esta reticencia a buscar atención sanitaria, que puede tener como consecuencia peores niveles de salud de la población, diagnósticos tardíos y mayores tasas de secuelas y complicaciones.
- Es necesario evaluar con detalle el gasto que se ha generado como consecuencia de COVID en todos sus componentes (personal, materiales, infraestructuras y equipos) que ha sido muy elevado. También debe analizarse el coste adicional de las nuevas medidas necesarias para afrontar la nueva normalidad y posibles rebrotes. Todo ello con el fin de dotar suficientemente los presupuestos 2020 y 2021. Se tiene la expectativa de que los fondos afectados a la crisis, tanto por el Gobierno de España como por la Unión Europea, lleguen efectivamente a los centros, pero al mismo tiempo se mantiene el temor a que haya una nueva época de ajustes presupuestarios que afecten a los presupuestos sanitarios.

Con respecto a los **cambios** que se han implementado durante la pandemia y que deberían permanecer se destacan los siguientes:

- La atención primaria ha sido fundamental en la contención de la transmisión y gestión de la demanda. En el futuro se debe reforzar su capacidad de resolución de procesos asistenciales, con una mayor capacidad de asistencia a domicilio y en centros residenciales, disponibilidad diagnóstica y dotándola de los recursos y entrenamiento suficientes para la vigilancia epidemiológica de casos y contactos.
- La experiencia de flexibilizar los espacios dentro de los hospitales, especializando centros, aumentando el nivel de cuidados y reasignando profesionales para adaptarse a una demanda diferente en muy poco espacio de tiempo es una gran lección que debe aprovecharse para futuros planes de preparación y respuesta, pero también en el diseño de nuevos hospitales y modernización de los actuales.
- Ha sido importante también la experiencia de coordinación con el sector social. Reconociendo los serios problemas que ha habido en la atención sanitaria a personas mayores viviendo en residencias, con un alto coste en vidas humanas, se ha demostrado que en tiempos de crisis no existen fronteras entre sectores con el objetivo de salvar vidas. Se han habilitado nuevos procedimientos para prestar la atención sanitaria necesaria en las propias residencias y evitar traslados que, si bien no son la solución óptima para situaciones normalizadas, permite entender mejor el problema existente y las carencias del sistema. Esa experiencia debe permanecer y adaptarse. Además, se han generado redes y relaciones personales entre sectores que pueden favorecer la coordinación futura.
- Lo mismo cabe decir sobre la extraordinaria experiencia de colaboración entre niveles asistenciales, tanto para la planificación y coordinación de actuaciones de las gerencias territoriales, como entre los equipos y profesionales, con un rápido desarrollo de las interconsultas, elaboración de protocolos conjuntos, seguimiento colaborativo de pacientes, coordinación con oficinas de farmacia para la entrega de medicamentos en domicilio, etc.

- La introducción, o en muchos casos la escalada acelerada y en ocasiones un poco desordenada, de la atención a distancia o en el domicilio del paciente destaca en todas las comunidades autónomas. Las consultas telefónicas, telemedicina, portal del paciente, interconsultas virtuales primaria-especializada, así como la entrega de medicamentos en el domicilio de determinados pacientes, se han generalizado. Ahora resulta necesario evaluar las condiciones en las que se han implantado, con el fin de mejorar la seguridad y su capacidad de respuesta en situaciones normalizadas, y reforzar todas las plataformas y aplicaciones de asistencia virtual.
- Es de destacar la desburocratización que se ha hecho de las consultas, fundamentalmente en atención primaria, donde la práctica totalidad de trámites administrativos se han realizado de manera virtual.
- La limitación estricta de recibir acompañantes y visitas ha obligado a poner en marcha mecanismos alternativos para la información a familiares y el acompañamiento de sus allegados a través de aplicaciones móviles o telefónicas, que se habilitaron con el fin de reducir la presencia de personas en los hospitales y mejorar la calidad de la estancia.

Durante el estudio, preguntamos también sobre el papel que había jugado la **industria farmacéutica** durante COVID19 y sobre cómo se percibe la relación con ella en el futuro. Las respuestas incidieron en los siguientes aspectos:

- Hubo una colaboración desinteresada por parte de muchos laboratorios, ofreciéndose para asegurar suministros (medicamentos, reactivos, equipos) e incluso donando otro tipo de materiales o soluciones corporativas necesarias (tecnologías y software). Todas ellas pusieron por delante la solución a los problemas antes que preocuparse por la remuneración. Si bien ha habido carestías de algún tipo de medicamento básico, finalmente gracias al trabajo de colaboración se han podido resolver todas las necesidades de medicación.
- Con todo, la pandemia demuestra la necesidad de contar con reservas estratégicas, tanto de productos acabados como de materias primas necesarias. Se necesitaría un plan acordado con la industria para garantizar estas reservas.

- En algunos casos, se ha puesto en valor la disposición de plantas de fabricación en el propio territorio español y los incrementos de producción que han realizado en estas plantas.
- Se destaca además la iniciativa y facilidades que ha puesto una buena parte de la industria farmacéutica para iniciar ensayos clínicos relacionados con nuevos tratamientos frente a SARS-CoV2. Se considera imprescindible fortalecer la I+D en el desarrollo de nuevos antiinfecciosos, tanto antibióticos como antivirales, como están demostrando las nuevas pandemias.
- El papel del delegado farmacéutico y del actual sistema de formación continua al personal médico mediada por la industria farmacéutica está en entredicho. Más allá de una relación comercial con más uso de las tecnologías remotas, se desea una visita al prescriptor más planificada y una relación más institucional con los centros asistenciales (relaciones con el servicio en su conjunto y no solo con el prescriptor individualmente).
- El papel de la industria en la formación médica continua debe integrarse mejor con los objetivos asistenciales y de investigación de los centros, con plena garantía de independencia y transparencia, abriéndose a otros profesionales no solo de perfil médico, y con una mayor utilización de las herramientas digitales. La experiencia de la pandemia brinda una oportunidad para reconducir la relación del sistema sanitario y los profesionales con la industria farmacéutica, que se sigue entendiendo necesaria.

## Conclusiones

El descomunal esfuerzo que ha hecho el sistema sanitario español frente al COVID ha salvado muchas vidas humanas. Nunca antes la sanidad española se había visto tan comprometida. El sistema sanitario ha sabido reaccionar con profesionalidad, con creatividad y, sobre todo, con enorme generosidad.

Son muchas las lecciones que hemos aprendido. Muchos los cambios introducidos. Lo más importante ahora es que seamos capaces de evaluar, con mayor sosiego, lo realizado para consolidar los aciertos y también, aprender de los errores. Una evaluación que ha de producirse a todos los niveles del sistema: hospitales y áreas de salud, autonomías, y a nivel nacional.

Los profesionales sanitarios españoles han demostrado su enorme competencia, más allá de sus propias profesiones y especialidades. Su deseo y capacidad para colaborar y resolver problemas cuando se les ofrece la autonomía que requieren y demandan desde hace muchos años.

Hemos comprobado la capacidad de nuestros centros de salud y hospitalarios para adaptarse, de manera rapidísima, a incrementos de demanda exponenciales. Y también hemos aprendido que hay mucha actividad y tareas que podemos evitar, o realizar de manera más eficiente y a distancia, sin menoscabo de la eficacia y la calidad del servicio.

La experiencia de desabastecimiento de materiales, equipos y profesionales no deberían volver a producirse si, como es obligado, se disponen a partir de ahora de planes de contingencia y respuesta ante pandemias u otros tipos de emergencias. Ahora tenemos el tiempo necesario y mucho más conocimiento para prepararnos mejor.

Pero además existen transformaciones pendientes en nuestro sistema asistencial aceleradas durante la pandemia, que ahora deberían incorporarse de manera más ordenada, como son: como el rediseño físico y funcional de nuestros hospitales, los circuitos rápidos de alta resolución, una atención primaria reforzada y más resolutive, la normalización en el uso de las tecnologías digitales y disruptivas, o la renovación tecnológica.

Ha sido tremendamente triste, a pesar del sumo esfuerzo titánico de muchos profesionales tanto del sector sanitario como social, demostrar de manera tan dolorosa la brecha que aun existe en la coordinación entre la atención social y

sanitaria. No se deben medicalizar las residencias de mayores y de personas con discapacidad, pero sí mejorar sustancialmente su calidad asistencial y la organización de la asistencia sanitaria en estas residencias.

La industria farmacéutica ha jugado un papel clave como socio comprometido del sistema sanitario. Ha tomado la iniciativa para acelerar procesos de fabricación, allegar suministros e iniciar prometedores ensayos clínicos de nuevos tratamientos frente a COVID. Al mismo tiempo, las condiciones de la crisis han demostrado la necesidad de reevaluar el rol del delegado farmacéutico e integrar mejor la labor en la formación médica continua que realiza esta industria con los objetivos asistenciales y de investigación de los centros sanitarios.

El esfuerzo económico y financiero que va a ser preciso para recuperar los servicios sanitarios tras la crisis va a ser importante. Se teme que se puedan producir nuevos ajustes económicos como los experimentados durante la recesión. Pero también se mantiene la expectativa de que los fondos extraordinarios afectados por el Gobierno de España y la Unión Europea para la sanidad lleguen efectivamente y sean empleados de manera acertada, para lograr un sistema sanitario más robusto, más eficiente y mejor preparado frente a futuras crisis.

En su conjunto, los diferentes servicios de salud y los propios centros han podido trabajar en un marco de mayor flexibilidad, por la propia excepcionalidad de la situación. En este contexto se ha podido apreciar que se ha hecho un uso responsable de este marco más desburocratizado y ágil en la toma de decisiones, contrataciones etc., lo que induce a apoyar la adaptación de nuestro sistema al uso de instrumentos propios, menos rígidos que los actuales, sin perjuicio de la transparencia y la evaluación de resultados.

En concreto, la lucha contra la pandemia ha requerido de una amplia flexibilidad organizativa, para reubicar recursos, profesionales reorientar funciones o crear nuevos dispositivos a partir de otros que no eran necesarios. Esta capacidad, que ha sido posible a partir de una situación de alarma, debería permanecer hacia el futuro. Las organizaciones sanitarias necesitan poder repensarse y reorganizarse de forma continua, todo ello manteniendo la adecuada coordinación global de los servicios sanitarios.

La práctica de cooperación activa entre servicios clínicos, niveles asistenciales y centros hospitalarios que se ha dado durante la pandemia, refuerza la necesidad

**Aprendiendo de COVID-19:**

La Visión de los Directivos Sanitarios

de impulsar modelos colaborativos y multidisciplinares como parte importante de la transformación en el modelo asistencial actual, un impulso que en muchos casos se puede ver coadyuvado por las nuevas tecnologías de la información.

La experiencia de enfoque comunitario que ha protagonizado la atención primaria, en particular el personal de enfermería, con un papel de detección activa y seguimiento de pacientes en sus domicilios, debería ser un componente a considerar en la formulación de los nuevos roles que pueden corresponder a la atención primaria, en colaboración estrecha con los dispositivos de salud pública.

## Aprendiendo de COVID-19: La Visión de los Directivos Sanitarios

### Metodología



### Participantes

#### Gerentes o Directores de división hospitalarios

M <sup>a</sup> Dolores Acón	Gerente	San J de Dios Sevilla	Andalucía
José L Salcedo	Gerente	Vithas Granada	Andalucía
José Plata	Gerente	Área Sur Córdoba	Andalucía
Manuel Bayona	Gerente	Area Sanitaria 5	Asturias
Oscar Talavera	Gerente Área	Alcázar de S Juan	Castilla la Mancha
José Miguel García Vela	Gerente	Hospital Rio Hortega	Castilla y León
Olga Pané	Gerente	Parc Salut Mar	Catalunya
Montse Figuerola	Gerente	Bellvitge	Catalunya
José Alberto Pérez	Gerente Área	Plasencia	Extremadura
Luis Verde	Gerente	Complejo Coruña	Galicia
Cristina Granados	Gerente	Hospital Torrejón	Madrid
Andrés Carrillo	Gerente	Morales Meseguer	Murcia
Santiago Rabanal	Gerente	Hospital Cruces	País Vasco
Juan Carlos Adau Cristóbal	Dir. Médico	CN Paraplégicos	Castilla la Mancha
Josep M <sup>a</sup> Ibáñez	Dir. Médico	Hospital Mataró	Catalunya
Estrella López Pardo	Dir. Médico	Área Intg. Pontevedra	Galicia
Julio García Pondal	Dir. Médico	Puerta de Hierro	Madrid
María Luz Jáuregui	Dir. Médico	OSI Tolosaldea	País Vasco

#### Gerentes o directores de división de Atención Primaria

Ana M <sup>a</sup> Reales Arroyo	Dir. de Cuidados	AP Sevilla	Andalucía
Rafael Sánchez Herrero	Gerente	AP Este Valladolid	Castilla y León
Coral Fernández	Dir. Enf. AP	Delta Llobregat	Catalunya
Jaume Benavent	Gerente	AP Capsbe H <sup>a</sup> Clínic	Catalunya
Juan Antonio Sarrión	Dir. Enf. AP	Gerencia AP Este	Madrid

#### Directores de Servicios de Emergencias Sanitarias

José Luis Pastrana	Gerente	EPEs 061	Andalucía
José M <sup>a</sup> Álvarez	Dir. Médico	Emergencias 061	Baleares
Carlos Zapiola	Director Médico	AP y 061	La Rioja

#### Director de Enfermería

Teresa Antoñanzas	Dir. Enfermería	H. Miguel Servet	Aragón
Juan Manuel Gavalá	Dir. Enfermería	Son Espases	Baleares
Mireia Vicente	Dir. Enfermería	H. Mollet - Fund. Sanit.	Catalunya
Mari Fe Viso	Dir. Enfermería	H. Gral Catalunya Quirón	Catalunya
Mireia Subirana	Dir. Enfermería	Parc Taulí	Catalunya
Almudena Santano	Dir. Enfermería	H. Puerta de Hierro	Madrid
M <sup>a</sup> Teresa Soria	Dir. Enfermería	Complejo H. Navarra	Navarra

#### Directores de servicios integrados o corporativos

Rita Tristáncho	Jefa Sección Evaluación y Sistemas Información	Servicio Canario Salud	Canarias
Trino Pina	Dir Asist. Sanitaria	Servicio Cántabro	Cantabria
Eduardo E. G <sup>a</sup> Prieto	Dir. Área SACYL	Valladolid	Castilla y León
Amparo Carrión	Subdirección de Gestión Económica	SERMAS	Madrid
Miguel Ángel Soria	Dir. Asist. Sanitaria	SERMAS	Madrid
Ana Bustinduy	Dir. Coord. Asist. Área Méd. Org. Sanitaria Integrada Alto Deba	Osakidetza	País Vasco
Amparo García	Dir. Gral. Asistencia Técnica	Consejería Sanidad y Salud Pública	Valencia
Bernardo Valdivieso	Dir Calidad y Planificación	Hospital La Fe	Valencia