

# El Blog de los Directiv@s de la Salud

Recopilación de post publicados en 2019



Medium

[medium.com/@sedisa\\_net](https://medium.com/@sedisa_net)

# Índice

Página

Presentación.....	4
1. Estrenamos el Blog de los “Directiv@s de la Salud” (23-04-2019).....	5
2. 21CNH, un paso hacia el futuro de la sanidad (26-04-2019).....	6
3. Salud y bienestar, claves para la sostenibilidad empresarial (30-04-2019).....	7
4. SEDISA en el 21 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria (03-05-2019).....	8
5. El desarrollo profesional del directivo AVANZA (13-05-2019).....	9
6. Humaniza que no es poco. Una aproximación a la humanización desde la gestión (16-05-2019).....	10
7. El obligado avance hacia el buen gobierno de las instituciones (20-05-2019).....	11
8. Gestión de las listas de espera en directivos (28-05-2019).....	12
9. Entrevista a Victoria Ruiz Mialdea (05-06-2019).....	14
10. Big Data, Open Data, Open Government, Big Analytics, Blockchain (10-06-2019).....	15
11. Afrontar la afectación emocional y social del paciente crónico (19-06-2019).....	17
12. Reordenar recursos sociales y sanitarios y los Comités de Ética Asistencial (21-06-2019).....	18
13. La experiencia de paciente, clave para un modelo de excelencia asistencial (25-06-2019).....	19
14. Es necesario que los facultativos asistenciales asuman el liderazgo de los servicios médicos (28-06-2019).....	21
15. Innovando en formación en LIDERAZGO (03-07-2019).....	22
16. Gestión de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) (08-07-2019).....	24
17. La formación es la clave para profesionalizar (15-07-2019).....	25
18. La bicicleta de la mente (19-07-2019).....	26
19. ADECUAS: Un instrumento para evaluar la idoneidad de procedimientos clínicos y mejorar la Seguridad del Paciente (16-09-2019).....	27
20. Dar un giro de 360º a la Seguridad del Paciente (17-09-2019).....	28
21. Buenas prácticas para generar valor en el proceso asistencial (18-09-2019).....	29
22. Iniciativas del AQUAS en Seguridad del Paciente (19-09-2019).....	29
23. Seguridad del Paciente y digitalización desde la perspectiva de la Economía de la Salud (20-09-2019).....	30
24. Responsabilidad del directivo hospitalario por fallos en la Seguridad del Paciente (23-09-2019).....	31
25. Las listas de espera se pueden controlar con gestión eficaz de los recursos disponibles (30-09-2019).....	32
26. La cita anual de los directiv@s de gestión económica y servicios (03-10-2019).....	33
27. Juan Rodríguez Gil recibe el Reconocimiento a la Trayectoria del Director de Gestión Económica (07-10-2019).....	35
28. #PremiosBSH, ¿Qué ofrecen de nuevo al sector? (14-10-2019).....	35
29. ¡La gestión también salva vidas! (18-10-2019).....	37
30. Expedición de la Fundación Pondera en la República Democrática del Congo en el Hospital Kipuki (21-10-2019).....	38
31. Retos y aportaciones del Big Data y la Inteligencia Artificial a la Gestión Sanitaria (25-10-2019).....	39
32. La VII edición del Máster Universitario en Gestión y Planificación Sanitaria	

de la Fundación SEDISA y la Universidad Europea da comienzo con todas las plazas cubiertas (29-10-2019).....	41
33. PSE Por la Sonrisa de un Niño (06-11-2019).....	41
34. Más del 75 % de los compromisos del sistema público de pensiones podrían quedar sin cubrir en el año 2050 (14-11-2019).....	42
35. Fundación A Víctimas de Tráfico (21-11-2019).....	43
36. Jesús Fernández Sanz, Consejero de Sanidad de Castilla La Mancha, inaugura el Ciclo de Conferencias sobre la Calidad, Innovación y Eficiencia en la Salud de SEDISA (26-11-2019).....	44
37. La mentorización como pieza clave en la formación de los futuros directivos de la salud (28-11-2019).....	45
38. Proclamada la nueva Junta Directiva de la Agrupación Territorial de SEDISA en Madrid (04-12-2019).....	46
39. Medir resultados y decidir en base a los mismos es el gran cambio de paradigma en la gestión sanitaria y uno de los grandes retos para el Directivo de la Salud (11-12-2019).....	46

NOTA: La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) no se responsabiliza las opiniones vertidas en los posts recogidos en el Blog

# Presentación

El presente documento recoge los posts publicados en el Blog de los Directiv@s de la Salud de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), puesto en marcha en abril de 2019. Un Blog de tipo inversa, compuesto por sus usuarios en lugar de un solo bloguero, con el objetivo de crear un lugar de encuentro y puesta en común de conocimiento, proyectos, etcétera en gestión sanitaria. Una treintena de autores y colaboradores han hecho posible la publicación de 39 posts a lo largo del año y las más de 6.000 visitas a éstos en total.

Innovación, resultados en salud, liderazgo, formación, Big Data, Inteligencia Artificial y gestión de listas de espera son solo algunos de los temas que se han tratado en el Blog. Un Blog abierto a la colaboración, al enfoque multidisciplinar, abierto a la participación de socios y colaboradores externos y volcado en poner en valor la gestión sanitaria y el papel clave y fundamental del Directivo de la Salud en el sistema sanitario.

Editado por: Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)  
Coordinación: Dirección Técnica y de Comunicación de SEDISA y Comité de Comunicación, Redes sociales y Publicaciones de SEDISA  
Enero de 2020

### 1. Estrenamos el Blog de los “Directiv@s de la Salud” (23-04-2019)

**Joaquín Estévez Lucas, presidente de SEDISA y Fundación SEDISA**

**Carlos Mur De Viu, director gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) y responsable del Comité@ de Comunicación, RRSS y Publicaciones de SEDISA**

Sección: SEDISA News



En los últimos años, son patentes las tendencias más relevantes en Comunicación, tales como la globalización, la comunicación multicanal, la integración off-line y online y el objetivo de comunicar la aportación de valor como parte de la ventaja competitiva de una empresa u organización, entre otras. En esta línea, es fundamental que la misión y visión sean siempre las mismas en todos los ámbitos y formatos y que el mensaje se adapte a ambos factores. ¿Cómo transmitimos nuestra misión? La tendencia más patente es el uso del Branded Content, diseñado principalmente para transmitir valores, emociones, formas de pensamiento y elementos, quizás menos tangibles, pero eficaces para transmitir afinidad de marca más que vender concretamente un producto o servicio, algo que debe comenzar por la propia definición. Según afirma el escritor y dinamizador Simon Sinek (@simonsinek), quien explica que los líderes o empresas exitosas son los que saben comunicar muy bien “porqué” hacen las cosas: “hay que hablar de adentro hacia afuera, donde se maneja el comportamiento humano, sin palabras, solo con emociones”. Y así es como

lo cuenta en el siguiente vídeo basándose en el caso de éxito de Apple: [ver vídeo](#). Se trata de la teoría del Círculo de Oro, a través de la que Sinek explica que, si se conecta bien con el porqué, se tiene un gran terreno ganado para conseguir seguidores y clientes.

Y es lo que queremos transmitir con este post: el porqué de crear un Blog desde @SEDISA \_NET denominado “Directiv@s de la Salud”. La primera razón es porque no existe ningún espacio tipo blog dedicado a compartir nuestras ideas, proyectos, experiencias, etcétera, de forma que creemos que una herramienta de este tipo puede **contribuir a la visibilidad del papel del directiv@ de la salud y de la gestión sanitaria**, tanto en nuestro sector como en la sociedad en general. Por ello, este Blog es tipo inversa, compuesto por sus usuarios en lugar de un solo bloguero. Este sistema tiene las características de un blog y la escritura de varios autores. Estos blogs pueden estar escritos por varios autores que han contribuido en un tema o que han abierto uno para que cualquiera pueda escribir.

La segunda razón es contar con un canal de comunicación que **abra la participación a todos los miembros de @SEDISA \_NET**, lo que nos lleva a la siguiente razón: hacer posible la **puesta en común** de ideas, experiencias y conocimientos, algo que en el ámbito de la gestión sanitaria es más necesario que nunca, como impulso hacia la evolución y cambio. Para ello, queremos contar, además de con los miembros de nuestra Sociedad, con otros directivos, profesionales sanitarios, sociedades científicas, organizaciones de pacientes, etcétera, que tengan algo que contar que pueda ser de interés para el quehacer del directivo. Pues aportamos, como en otros muchos proyectos, un **enfoque multidisciplinar, con un objetivo de integración de contenidos**.

El Blog “Directiv@s de la Salud” tiene cuatro secciones:



Para terminar y animar a la participación, dejamos una entrada a un blog con nueve pasos para escribir un post que puedes ver [pinchando aquí](#).



1. <https://twitter.com/simonsinek>
2. <https://www.youtube.com/watch?v=7HvYU1H4mkA>
3. <http://www.marketingyfinanzas.net/2014/12/7-formas-de-liderar-una-tribu/>
4. <https://blog.hubspot.es/marketing/formula-para-escribir-blog-facil>

## 2. 21CNH, un paso hacia el futuro de la sanidad (26-04-2019)



### Ramón Ares Rico, presidente del 21 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria

#### Sección SEDISA News

La sanidad española es uno de los principales sectores de nuestra economía. Pero, ¿hacia dónde se dirige? Una sanidad con garantías, sostenible y con futuro es, precisamente, la razón de ser del [21 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria \(21CNH\)](#), que celebraremos en Santiago de Compostela del 8 al 10 de mayo y cuyo lema es toda una declaración de intenciones: “Innovación: camino de Sostenibilidad”.

A través de la innovación vamos a recorrer seis áreas temáticas que marcarán la agenda del congreso, en el que hablaremos del modelo asistencial, de cronicidad, modelos de gestión, profesionales, pacientes y humanización. Puedes verlo en el [programa](#). Más de 2.000 participantes, directivos, profesionales de la gestión sanitaria e investigadores, nos acercarán a la

asistencia del futuro, marcada por una mayor humanización del trato con el paciente y la aplicación de las nuevas tecnologías, con el fin de conseguir una sanidad más eficiente. Abordaremos la gestión de la cronicidad dando un paso más en el ámbito de la monitorización constante, fijándonos en proyectos que permiten hacer un seguimiento del paciente sin necesidad de acudir a la consulta y que posibilitan actuar de forma precoz al detectarse cambios en su estado.

Debatiremos sobre gestión, un campo donde los datos o el mecenazgo cobran especial relevancia, y tendremos presente el papel de los profesionales, las experiencias de los pacientes como elemento enriquecedor de nuestra labor profesional y la humanización como motor que impulsa el cambio. ICHOM, MORE, HOPES, Ariadna, HUMANS, HERMES... Todos ellos son modelos y proyectos innovadores con los que contaremos en el 21CNH, a través de los cuales seremos testigos de las últimas experiencias en medición de resultados en salud y de las novedades en integración asistencial o humanización.

Pero en el 21CNH no solo escucharemos. También experimentaremos. Para ello, contaremos con un *Box Experience*, una de las novedades más destacadas de esta edición, en el que podremos tocar y descubrir los últimos avances tecnológicos en el ámbito de la salud. Además, tendremos un área de exposición comercial en la que se mostrarán 90 proyectos y servicios donde los asistentes podrán intercambiar opiniones y experiencias. Y estaremos siempre conectados. El Conecta 21CNH será el punto de entrevistas a gerentes y responsables del sector sanitario de diversas instituciones de toda España, un espacio que podrá seguirse a través de las páginas web de la [Sociedad Española de Directivos de la Salud \(SEDISA\) \(@SEDISA\\_NET\)](#) y de la [Asociación Nacional de Directivos de Enfermería \(ANDE\) \(@ANDEorg\)](#), las entidades organizadoras del congreso, para estar al tanto de las últimas novedades en innovación y de toda la actualidad de los tres días del 21CNH (@21CNH\_).

Formemos parte del cambio, os esperamos del 8 al 10 de mayo para seguir andando juntos este camino de sostenibilidad.

1. <https://www.21congresohospitales.org/>
2. [https://www.21congresohospitales.org/media/attachments/2019/04/25/programapreliminar21cnh\\_2504.pdf](https://www.21congresohospitales.org/media/attachments/2019/04/25/programapreliminar21cnh_2504.pdf)
3. <https://sedisa.net/>
4. <https://www.ande.org/>

### 3. Salud y bienestar, claves para la sostenibilidad empresarial (30-04-2019)

**Verónica García, Project Manager de Forética**



#### **Sección: Firma invitada**

Según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se calcula que cada año más de 374 millones de personas sufren accidentes laborales y más de 2,3 millones de personas mueren a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo [1].

Estos datos reflejan que garantizar la salud y el bienestar de los trabajadores supone un gran compromiso y responsabilidad por parte de las empresas. De hecho, en los últimos años estos temas han entrado con fuerza en las agendas de sostenibilidad y cada vez son más las organizaciones que desarrollan políticas y programas internos que favorecen la salud y el bienestar de sus empleados.

Además, se ha demostrado que la apuesta por la salud y el bienestar aumenta el éxito organizacional. Por un lado, resulta una herramienta clave a la hora de retener y atraer talento en la empresa, pues es un aspecto valorado de manera positiva por los candidatos a la hora de aceptar un trabajo. Por otro lado, se ha demostrado que incrementa la productividad de la organización al aumentar el rendimiento de los empleados y reducir notablemente las bajas laborales y las tasas de accidentes en el lugar de trabajo.

El desarrollo de una cultura saludable en la empresa se lleva a cabo a través de diferentes iniciativas. Algunas empresas apuestan por promover hábitos saludables entre sus empleados a través de actividades deportivas o por medio de la promoción de hábitos alimentarios saludables. Otras empresas ofrecen servicios médicos en nutrición y fisioterapia, o terapias para ayudar a dejar de fumar.

Más allá de la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la empresa puede contribuir a la salud y la sostenibilidad de la sociedad en su conjunto por medio de su actividad económica, la gestión de sus impactos sobre el medio ambiente y el fomento de proyectos de acción social.

En este contexto de creciente compromiso empresarial con la salud y la sostenibilidad, Forética acaba de lanzar el [Grupo de Acción en Salud y Sostenibilidad](#), una plataforma de liderazgo, conocimiento y diálogo entre empresas altamente comprometidas con la promoción de la salud y el bienestar entre sus empleados y la sociedad en su conjunto. Entre las iniciativas propuestas, el Grupo dará seguimiento a la contribución empresarial a la consecución del ODS 3 referido a Salud y bienestar. Para ello, pondrá en marcha el Observatorio sobre Salud y Sostenibilidad donde se hará un análisis de la contribución al ODS 3 a nivel nacional. Además, se llevará a cabo un trabajo conjunto con instituciones sanitarias y de política social en España y se dará seguimiento a las principales tendencias en materia de salud y sostenibilidad vinculadas a las empresas a nivel nacional, europeo y global. El próximo 7 de mayo finaliza el plazo para unirse al Grupo.

Estamos presenciando profundos cambios en el mundo del trabajo. Fenómenos como la transformación tecnológica, la crisis demográfica y el cambio climático están transformando profundamente los entornos laborales. Este escenario abre nuevos retos y oportunidades para la salud y el bienestar e indudablemente las empresas tienen un papel clave para garantizar unas buenas condiciones para sus empleados y contribuir a la salud de la sociedad en su conjunto.

[1]vOIT: Salud y seguridad en el trabajo. Disponible [aquí](#)

1. <https://foretica.org/proyectos-y-soluciones/grupo-de-accion-salud-y-sostenibilidad/>
2. <https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--es/index.htm>

### 4. SEDISA en el 21 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria (03-05-2019)



#### Sección: SEDISA News

Innovación es uno de los valores presentes de forma más prioritaria en el Plan estratégico que la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) puso en marcha a principios de 2017 y ha estado presente en la mayor parte de actividades, jornadas y proyectos que hemos realizado en este tiempo. En 2019, seguimos trabajando en ello, tal y como queda patente en el programa del 21 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, que se celebra bajo el lema **'Innovación, camino de la sostenibilidad'**, en el que la Sociedad cuenta con la presentación de proyectos en todas las áreas temáticas del Congreso:

1. **En la tercera Jornada Precongresual**, que se celebra el 7 de mayo, presentamos las primeras conclusiones del **Proyecto AMPHOS Medir para Mejorar**, que SEDISA está co-liderando.

2. Presentaremos los primeros resultados del **Estudio Delphi para consensuar las capacidades del perfil del director-gerente de organizaciones sanitarias en España, en el marco del Proyecto AvanzaDPC, desarrollo profesional continuado**, dirigido a dar un paso más en la sistematización de la profesionalización de los directivos a través de un sistema de acreditación propio.

Será el **jueves, 9 de mayo, de 9:00 a 10:30 horas en la Sala Compostela**, en la mesa que modera **Modoaldo Garrido**, director gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y vicepresidente primero de SEDISA.

3. **Presentaremos también los resultados del Estudio de Validación de las Competencias que, según la Federación Internacional de Hospitales, deben tener los directivos de la salud. Lo presentará Carlos Mur**, director gerente

del Hospital Universitario de Fuenlabrada y miembro de la Junta Directiva de SEDISA, el **jueves 9 de mayo, de 11:00 a 12:30 horas en la Sala Obradoiro**.

4. **Posicionamiento SEDISA QUÉ HACER Y NO HACER: propuestas Right Care para la eficiencia y calidad sanitarias, en el que se recoge el análisis de las tendencias del 'Qué no hacer' aportadas por las sociedades científicas, autoridades sanitarias, etcétera desde la perspectiva del directivo de la salud y la gestión sanitaria, y aporta una visión estratégica de cómo actuar al respecto desde la posición del directivo de la salud.**

**Xavier Bayona (@XBayona) moderará la mesa en la que se presentará este Posicionamiento, el jueves, 9 de mayo, de 11:00 a 12:30 horas en la Sala 13-14.**

5. Daremos a conocer los primeros resultados del sondeo **'Dándole 360º a la seguridad del paciente'**, una iniciativa innovadora en tanto cuenta integra la visión de todos los protagonistas, incluyendo los pacientes. En ella hemos contado con la participación de la [Sociedad Española de Calidad Asistencial \(SECA\)](#), de la [Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospital \(SEFH\)](#), de la [Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas \(FACME\)](#), de la [Asociación Nacional de Directivos de Enfermería \(ANDE\)](#), de la [Asociación Española de Enfermería Quirúrgica \(AEEQ\)](#), del [Foro Español de Pacientes \(FEP\)](#) y de la [Plataforma de Organizaciones de Pacientes \(POP\)](#) y supervisando diferentes expertos, como **Jesús Aranz**, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal. El objetivo es aportar una visión 360º sobre la Seguridad del Paciente en España que nos ayude a marcar las acciones a desarrollar en el futuro y obtener unas recomendaciones de trabajo desde una perspectiva global y teniendo en cuenta las percepciones y necesidades de los directivos de la salud, profesionales sanitarios y pacientes.

Lo presentará **Anna Rodríguez Cala (@AnaRodriguezC11)**, directora de Estrategia del Institut Català d' Oncologia (ICO) y responsable del Comité de RSC y Ética de la Sociedad, el **viernes 10 de mayo, de 11:30 a 12:30 horas en la Sala 13-14.**

6. **Colaboratorio SEDISA de Innovación**, cuyo objetivo es impulsar la aportación de soluciones innovadoras a retos concretos en el viaje del paciente a través de una red de directivos interesados por la innovación en gestión sanitaria. Su presentación tendrá lugar el **viernes, 10 de mayo, en formato speaker corner, de mano de Jon**



**Guajardo (@jon\_guajardo), Gerente de la Osi Barrualde Galdakao y vicepresidente segundo de SEDISA.**

11:15 – 11:30 **SPEAKER CORNER. PRESENTACIÓN DEL COLABORATORIO SEDISA PARA LA INNOVACIÓN. AVANZANDO EN LA ADECUACIÓN DE LA GESTIÓN Y LA PRÁCTICA CLÍNICA** HALL A: STAND 17  
Jon Guajardo Remacha. Gerente OSI Barrualde Galdakao. Vizcaya. Vicepresidente 2º SEDISA

Os esperamos en Santiago de Compostela, en una cita en torno a la innovación, donde conoceremos un gran número de experiencias de éxito y donde quedarán patentes las líneas de trabajo para dirigir el sistema sanitario hacia la innovación e innovando.

1. <http://calidadasistencial.es/wp-seca/>
2. <https://www.sefh.es/>
3. <http://facme.es/>
4. <https://www.ande.org/>
5. <http://www.aeeq.net/>
6. <https://forodepacientes.org/>
7. <http://www.plataformadepacientes.org/>
8. <https://twitter.com/AnaRodriguezC11>

## 5. El desarrollo profesional del directivo AVANZA (13-05-2019)



### Sección: SEDISA News

El jueves 9 de mayo ha tenido lugar en el [21 Congreso Nacional de Hospitales](#) la mesa: El desarrollo profesional del Directivo sanitario AVANZA. En la citada mesa se ha presentado el proyecto Avanza DPC impulsado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), patrocinado por la biofarmacéutica AstraZeneca España y con la colaboración de Luzan5 y el Grupo de Investigación GIDEPO (Grupo de Investigación de Evaluación y Desarrollo de las Personas y de las

Organizaciones de la Universidad Complutense de Madrid.

Dicho proyecto ha finalizado sus dos primeras fases consistentes en primer lugar, en la elaboración, de un perfil profesional del Directivo de Organización Sanitaria en España y el mapa inicial de competencias asociado a este rol a través de una exhaustiva revisión bibliográfica y de otras herramientas metodológicas. Tras la obtención del primer mapa competencial, se ha validado el cuestionario Delphi vía online, con un panel de expertos que ha incluido a multitud de gestores sanitarios de toda España.

Modoaldo Garrido, Coordinador del proyecto Avanza DPC y Gerente del Hospital de Alcorcón y Vicepresidente Primero de SEDISA ha presentado la mesa y puesto en valor la gran importancia en el proceso de mejora, validación y regulación para la profesionalización de los directivos sanitarios el proyecto AvanzaDPC, dando paso a cada uno de los integrantes de la mesa.

En primer lugar, Luis Arantón Areosa de la gerencia de Gestión Integrada de Ferrol (A Coruña) ha trasladado la experiencia de la captación de talento y profesionales a través de la iniciativa del Hospital Magnético. El objetivo de los hospitales magnéticos es la “atracción” del personal de enfermería gracias a diversos parámetros y mejoras de gestión en la organización consistentes en una calidad de los cuidados evidente, demostrable y medible con resultados, posibilidad de desarrollo profesional, una mejora de la competencia profesional con formación interna y capacitación por parte del centro y un estilo de dirección que favorece al talento, con una estructura organizativa que posibilita la autonomía del personal.

Manuel del Castillo Rey, Gerente del Hospital San Joan de Déu, ha compartido su visión sobre la gestión del compromiso de los profesionales en las organizaciones sanitarias. La clave del compromiso viene como la combinación de cuatro factores que son la implicación, orgullo, disposición y satisfacción. Además, destaco los drivers o conductores del compromiso que son: proyecto, valores, coherencia (equidad), liderazgo, autonomía, participación, soporte y reconocimiento y condiciones del trabajo.



La acreditación de directivos ha contado con una experiencia internacional aportando la experiencia francesa de la mano del gestor sanitario, Jean Jacques Romatet. El modelo francés se barra en la carrera profesional en el ámbito de la gestión teniendo un periodo formativo y preparatorio extenso, y posibilitándoles el acceso a diferentes puestos según méritos y años de experiencia. En el modelo francés, el alcalde de la región junto con el Presidente del Comité Ejecutivo de Médicos son los máximos decisores del gestor sanitario de cada hospital. Debe producirse una conciliación entre la gestión nacional y la aceptación local. A su vez se realiza una evaluación continua en base a la eficiencia del gestor, con una entrevista anual.

Por último, Carlos Moreno Sánchez, Vicegerente de Recursos Humanos en la Universidad de Alcalá de Henares y Ex Director General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, ha hecho una exposición sobre el Proyecto AvanzaDPC presentado los resultados obtenidos en el Delphi del Proyecto Avanza DPC.

El objetivo del estudio Delphi ha sido validar la pertinencia de los diferentes dominios y subdominios competenciales propuestos tras un análisis bibliográfico y cualitativo previo, en la realidad del Directivo de Salud en España. De dicho Delphi se han obtenido un total de 93 respuestas. A su vez se ha destacado los 11 bloques competenciales y los comportamientos asociados a las mismas, compuestos entre otros por: gestión de personas, comunicación, toma de decisiones o proactividad innovación, se ha obtenido un nivel de consenso total, gracias al cual no ha sido necesario realizar una segunda ronda de respuestas.

Una vez finalizada la mesa, se ha celebrado una reunión del Grupo Asesor Interterritorial para la presentación del status del proyecto y avanzar con los siguientes pasos del mismo, poniendo en conocimiento de los responsables sanitarios de las distintas comunidades autónomas, a los que se ha ofertado su participación de forma colaborativa,

para que dicho sistema funcione de forma voluntaria y complementaria a las iniciativas autonómicas existentes y que ya hayan sido puestas en marcha.

Para más información sobre el proyecto Avanza DPC, pulsa [aquí](#).

<https://www.21congresohospitales.org/index.php/areacientifi/programa-preliminar>

<https://sedisa.net/2018/02/08/dpc-directivos-de-salud-un-paso-mas-para-sistematizar-la-profesionalizacion/>

## 6. Humaniza que no es poco. Una aproximación a la humanización desde la gestión (16-05-2019)

**José Luis Gutiérrez Sequera. Consultoría en Gestión Sanitaria.**

**@Gutiseque**



### Sección: Firma invitada

Es indudable que la palabra “humanización” ha cobrado un protagonismo sin precedentes en los discursos que se producen en el universo de los servicios de salud, me atrevería a decir que desbordando en los últimos tiempos como “trending topic” a la traída y llevada “sostenibilidad”.

Iniciativas locales o circunscritas a ámbitos asistenciales concretos han logrado un éxito y un nivel de adhesión sin precedentes. Tal es el caso de la “bendita locura” del [proyecto HUCI](#) de Gabi Heras, del que también forman parte, por ejemplo, los [“paseos que curan”](#) de José Carlos Igeño en el Hospital San Juan de Dios de Córdoba.

El ámbito meso y macro no ha tardado en subirse a esta ola con posicionamientos estratégicos al máximo nivel, creándose en algunas comunidades posiciones directivas exclusivamente dedicadas al despliegue de proyectos integrales de humanización liderados desde las consejerías de salud.

En tanto que la humanización de la atención sanitaria presenta una focalidad eminentemente asistencial y muy pegada al entorno clínico, procede analizar el papel que los gerentes y directivos sanitarios deben ocupar en este escenario.

En nuestra ponencia del pasado día 8 para la mesa de humanización del 21 Congreso Nacional de Hospitales reflexionamos sobre dos aspectos clave en relación a la posición del directivo sanitario en el ámbito de la humanización.

De entrada, la “ola” de la humanización nos pone en una posición de obligado compromiso. Se trata por un lado de algo inherente a la atención sanitaria, y, por tanto, inopinable e inexcusable. No cabe negarse o posponer iniciativas que hagan más humano el paso por el hospital. Por otra parte, y por el mismo motivo, tampoco cabe dar por hecho que lo estamos haciendo todo bien. Por mucho que a algunos les parezca una moda, también es un error pensar que analizar, comprender y detectar qué podemos mejorar es algo que no necesitamos porque ya somos fantásticos.

Es así que, por una parte, los gerentes de los hospitales deben ofrecer, de cara a los profesionales y a la ciudadanía, las garantías necesarias para que las estrategias de humanización se desplieguen de forma simétrica e integral en todas las líneas asistenciales del hospital. Para ello debemos potenciar, priorizar y apoyar las iniciativas profesionales de aquellos servicios más motivados o más proactivos respecto a este tema, y desarrollar estrategias de aceptabilidad en aquellos servicios que puedan mostrarse más resistentes a los cambios.

La humanización de la atención en el hospital debe ser algo estratégico, que ocupe un lugar de privilegio en las prioridades de los gerentes, teniendo las puertas absolutamente abiertas a las iniciativas que en este sentido decidan desarrollar los servicios, pero también garantizando que la mejora de la humanización no va por “barrios” dentro del hospital. No tendría sentido humanizar la UCI pero no las urgencias, o humanizar la hospitalización convencional pero no hacer nada a nivel del bloque quirúrgico.

Por otro lado, si los gerentes han de mostrarse muy

sensibles a las iniciativas de humanización garantizando su aplicación integral y simétrica dentro del hospital, no pueden darle la espalda a la humanización en el ejercicio mismo de la gestión sanitaria. Sin duda, un hospital donde los directivos no hacen “gestión centrada en las personas” difícilmente podrá llevar a cabo “atención centrada en las personas”. Las decisiones de los directivos, ya sean estratégicas u operativas, tienen un impacto directo en el día a día, en la vivencia que las personas tienen de su relación con el hospital. Y cuando hablamos de personas nos referimos a todas las personas. Profesionales y pacientes.

Por tanto, y resumiendo, consideramos que la sensibilidad directiva a las iniciativas de humanización debe desplegarse en dos frentes: Por un lado, ofreciendo garantías de transversalidad y simetría dentro del hospital, y por otro, analizando y mejorando el propio ejercicio de la práctica directiva para orientarlo a mejorar la experiencia de la gente.

1. <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/>

2. <https://www.sjd.es/cordoba/?q=node/2126>

## 7. El obligado avance hacia el buen gobierno de las instituciones (20-05-2019)

**Modoaldo Garrido, Vicepresidente Primero de SEDISA y director gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón**



### Sección: En Directivos

Una observación en tiempo real del entorno en el que el directivo de la salud desarrolla su actividad en nuestro país — del análisis del contexto externo y de sus

perturbaciones, nos obliga inevitablemente como parte que somos de la [Sociedad Española de Directivos de la Salud \(SEDISA\)](#), a instar y a recordar enfáticamente a quien pudiera corresponder, que la gestión de nuestro sistema de salud (el de todos y todo él), requiere sin demora el avance hacia el buen gobierno de las instituciones (públicas y privadas) y de sus centros.

Para ello, se debe tener claramente en cuenta que la asignación de presupuestos reales, la autonomía de gestión, la participación de los profesionales y de los ciudadanos en la gestión del sistema, la transparencia, el cumplimiento de lo establecido en los códigos de ética que deberán redactarse *ad hoc*, y la lucha contra los conflictos de interés y contra la corrupción, no pueden desarrollarse sin que ciudadanos honestos y comprometidos, personas concretas, lo hagan, y que para alcanzar el objetivo, a niveles micro, meso y macro en una parte importante, debe asentarse en la gestión y administración sanitaria de nuestro país, una cohorte de directivos profesionalizados suficientes capacitados, formados y acreditados.

Viene de la mano recordar a quien interprete nuestras acciones en ese sentido, a veces incluso a nosotros mismos, miembros de [SEDISA](#), que tanto da para lo que estamos hablando, que no somos el sindicato de directivos, porque no es ese nuestro objetivo fundacional, y a la vez que sin serlo, es legítimo defender y reivindicar nuestra lucha por la dignificación de nuestro trabajo, por la mejora de la visibilidad de cara a la sociedad civil a la que servimos en la defensa de los valores que definen nuestro sistema sanitario en el entorno de lo público, o los que legítimamente representan a nuestra compañía.

Tenemos el derecho y el deber de reivindicar que se nos nombre y que se nos cese con el criterio debido. No nos resignamos a ser espectadores pasivos de una partida en la que pierden demasiados buenos jugadores, independientemente de que hayan movido bien o mal sus fichas, no es posible, ni admisible, porque lo decida alguien que tiene el encargo temporal de promocionar el juego limpio.

Nuestro modelo “incomprensible” para muchos, sobrevive, ante el enésimo anuncio del ahora sí que sí, verdadero advenimiento del apocalipsis, sobrevive, y eso que sabiendo muchos, casi todos, lo que hay que hacer en el asunto que aquí he traído a colación (y también en otros asuntos que en su día comentaremos si creéis que merece la pena que lo hagamos), no lo hacemos. Basta de vendedores de verdades irrefutables, los “creyentes” a su templo (también yo voy al mío claro, ni que no

tuviera yo miedo al abismo), ni plan, ni mercado, ni mercado planificado. Buena práctica clínica, buen hacer todos lo que hay que hacer y buen dejar de hacer lo que no corresponde, buen gobierno gracias.

## 8. Gestión de las listas de espera en directivos (28-05-2019)

**José Antonio Moreno. Presidente de GIHSA Consulting**



### **Sección: En Directivos**

Se produce lista de espera de pacientes porque la demanda es superior a la oferta. En sentido, la gestión de las listas de espera se centra en el seguimiento de la demanda y la oferta, comparándolas con la capacidad.

Cuando hay lista de espera de pacientes todos los pacientes que necesitan ser atendidos “entran” en lista de espera (LE) y “salen” de LE cuando son atendidos. Si la “salida” de pacientes de la LE es mayor que la “entrada”, la LE disminuirá, si son iguales “salidas” y “entradas”, la LE se estabilizará, y si “salidas” es menor que “entradas” la LE aumentará.

Manteniendo constantes los recursos disponibles, el aumento de la oferta se consigue aumentando el índice de ocupación de la capacidad. Para lograrlo, es preciso calcular la capacidad. Veamos cómo gestionar la LE, en un servicio de Otorrinolaringología.

Si “salidas” de la LE es menor que la capacidad de atención del servicio de ORL, podrá aumentar si se mejora la eficacia de la gestión, y se podrá disminuir la LE. Si “salidas” es mayor que la capacidad, solo se podrá disminuir la LE si aumenta la capacidad de atención del servicio de ORL.

La gestión de las LE del servicio de ORL se basa, por lo tanto, en el control de entradas y salidas de pacientes de la LE y el cálculo de la capacidad de atención del servicio. El indicador básico de la gestión de las LE es el tiempo de demora, que depende del flujo de entradas/salidas.

### 1. Gestión de la lista de espera de hospitalización

El Servicio de Otorrinolaringología del ejemplo, tiene 8 camas y en 2018 su estancia media (EM) fue de 3,32 días y se produjeron 2.216 estancias, con un índice de ocupación, por lo tanto, de 0,76. Ingresaron 2.216/3,32 = 668 enfermos y su lista de espera era de 553 enfermos.

La capacidad de hospitalización del servicio es 365 días por 8 camas igual a 2.920 estancias. La diferencia es 2.920–2.216 = 704 estancias no ocupadas. Los enfermos que podrían haberse ingresado son 704 estancias dividido por 3,32 (EM) igual a 212 enfermos. La LE habría disminuido hasta quedar en 553–212 = 341 enfermos.

Para gestionar de forma eficiente la lista de espera de hospitalización, es imprescindible calcular la capacidad de la hospitalización del servicio.

### 2. Gestión de la lista de espera de Intervenciones quirúrgicas

El Servicio de Otorrinolaringología tiene 1 quirófano y en 2018 (247 días laborables) se produjeron 848 intervenciones quirúrgicas y se utilizaron 1.228 horas, luego el tiempo promedio por intervención es de:  $1.228 \times 60 / 848 = 87$  minutos.

La jornada quirúrgica es de 7 horas diarias. En consecuencia, el tiempo disponible por quirófano y año será:  $247 \times 7 = 1.729$  horas. Es decir 103.740 minutos.

La capacidad estimada del quirófano es de 1.192 intervenciones, ya que  $103.740/87 = 1.192$  intervenciones como máximo. Los datos indican que en dicho periodo entraron en LE 809 pacientes. La diferencia ( $1.192-809 = 383$ ) supone una drástica disminución de la LE quirúrgica.

Para gestionar de forma eficiente la lista de espera quirúrgica, es imprescindible calcular la capacidad quirúrgica del servicio.

### 3. Gestión de la lista de espera de consultas externas

El Servicio de Otorrinolaringología tiene 6 consultorios. Las

horas disponibles son:  $6 \text{ consultorios} \times 247 \text{ días} \times 7 \text{ horas} = 10.374$  horas. Las horas utilizadas, según el horario de consultas de la agenda fueron:  $6 \text{ consultorios} \times 247 \text{ días} \times 5 \text{ horas} = 7.410$  horas.

En 2018 se produjeron 31.755 consultas de las que 12.702 fueron primeras y 19.053 sucesivas. El índice sucesivas/primeras fue 1,50. En la lista de espera ingresaron 35.220, enfermos en el año 2018 y salieron 31.755, como se ha dicho.

La lista de espera creció  $35.220-31.755=3.465$  enfermos. El tiempo consumido en minutos fue:  $7.410 \text{ horas consumidas} \times 60 \text{ minutos} = 444.600$  minutos consumidos. El tiempo consumido por un proceso de consulta externa (1 primera + 1,5 sucesivas) fue:  $444.600 \text{ minutos} / 12.702 \text{ procesos (primeras)} = 35$  minutos. Se puede aceptar que **una primera consulta consume 20 minutos y una sucesiva 10 minutos**, ya que:

$$20 + 1.5 \times 10 = 35 \text{ minutos}$$

La **capacidad máxima** del consultorio es:  $10.370 \text{ horas disponibles} \times 60 \text{ minutos} = 622.200$  minutos.

$622.200 \text{ minutos disponibles} / 35 \text{ minutos consumidos por proceso} = 17.777$  procesos

Es decir: primeras consultas = 17.777

Consultas sucesivas =  $17.777 \times 1.5 = 26.666$  consultas sucesivas.

$17.777 + 26.666 = 44.443$  consultas totales de capacidad

La diferencia entre capacidad y realizado en el año 2018 fue:  $44.443-31.755 = 12.688$  enfermos.

En 2018 la lista de espera podría haber disminuido en:

$$12.688-3.465 = 9.223 \text{ enfermos}$$

### 4. Estrategia general en la gestión de la lista de espera

Se acepta en general que en sanidad no se cumplen las leyes del mercado, es decir, la relación entre oferta y demanda. Se asume también que la oferta es el principal generador de demanda. La experiencia demuestra que si se aumenta la oferta aumenta la demanda y a largo plazo las listas de espera.

Por todo lo anterior se desprende que no es buena estrategia aumentar la oferta de servicios, sin más, para disminuir las listas de espera. No es acertado gestionar la “salida” de las listas de espera. Es necesario actuar en la “entrada”, disminuyendo la demanda de servicios. Ello requiere analizar el circuito del paciente (consulta,

hospitalización, quirófano).

Lista de espera quirúrgica, sin lista de espera en consultas, no se resuelve aumentando las sesiones quirúrgicas, sino disminuyendo las horas de consulta. Una buena estrategia podría ser:

1. Definir la oferta quirúrgica en función de la capacidad del quirófano.
2. Establecer la adscripción de camas de acuerdo con la oferta quirúrgica.
3. Establecer las horas de consulta en función del número de pacientes que generan las consultas de acuerdo con la dotación de camas y oferta quirúrgica.
4. Si después de todo lo anterior sigue aumentando la lista de espera, se requiere aumentar la oferta quirúrgica y todo el circuito, camas y consultas, o disminuir la población adscrita.
5. La lista de espera estable no es indicador de falta de recursos. Lo importante a corregir es la demora en la atención. El objetivo debe ser demora equitativa y razonable, con lista de espera estable.

**Una gestión eficiente de las listas de espera de pacientes, en una unidad asistencial, comienza por el cálculo de la capacidad asistencial de la misma.**

## Junio

---

### 9. Entrevista a Victoria Ruiz Mialdea (05-06-2019)



#### Sección: Dirección con...

Victoria E. Ruiz Mialdea es fundadora y directora de Grupo Médico Jurídico Durango

(www.grupomedicodurango.com), central de peritaciones médicas y asesoría jurídica fundada en 1989 que ofrece sus servicios a nivel nacional. Compagina su trabajo como directora con su labor de perito médico y abogada en la misma empresa, al ser Licenciada en Medicina y Derecho.

#### **Cuéntenos, en el momento en el que comenzó su trayectoria profesional, ¿Por su cabeza pasaba la idea de convertirse en empresaria?**

Comencé como médico de empresa para diferentes compañías como una cadena hotelera o una famosa empresa panadera. La verdad es que hacía un poco de todo, pero después di el cambio a las mutuas donde ya empecé a realizar peritajes médicos. Paralelamente a esto, me enteré de que la Universidad Complutense iba a sacar unos títulos propios, así que decidí apuntarme y pude obtener varios de ellos, como el de Especialista en Medicina Psicosomática o Especialista en Valoración del Daño Corporal. La verdad es que en esos momentos aún no me planteaba adoptar el papel de empresaria.

#### **¿Cuándo decidió entonces fundar Grupo Médico Jurídico Durango?**

Tras formarme en esas especialidades, decidí crear lo que llamé la Red de Control Médico del Lesionado, que no era otra cosa que una red de médicos generalistas construida gracias al apoyo de los diferentes Colegios de Médicos, que me permitía ofrecer un servicio de control al lesionado a nivel nacional. Las mutuas comenzaron a interesarse por este tipo de trabajo y en poco tiempo pasaron a copar toda la actividad relacionada con el absentismo laboral, de manera que decidí crear Grupo Médico Durango y especializarme en peritajes médicos. Con una filosofía similar, fui creando una red de médicos especialistas para poder ofrecer un servicio nacional de peritaciones médicas en diferentes campos: laboral, negligencias médicas, valoración de secuelas. Y desde ese día hasta hoy, la empresa ha ido creciendo hasta contar con más de 600 médicos colaboradores especialistas en diferentes áreas.

#### **Médico y abogada, además de directora de una empresa de peritaciones médicas. ¿Cómo ha podido compaginar estas tres facetas?**

Pues con mucho esfuerzo y trabajo, como todo en la vida. Tengo la ventaja de disfrutar muchísimo con mi trabajo gracias a mi vocación médica y a mi pasión por la abogacía, por lo que me encanta la labor más técnica de mi trabajo como es ejercer como perito médico o como letrada en distintos casos. Por otra parte, al haber creado

la empresa yo sola, siempre he compaginado estas labores con la función de directiva, por lo que he aprendido a diferenciar ambas parcelas a la hora de organizar mi trabajo. En todo caso, hoy en día cuento con un gran equipo a mi lado, lo que hace la labor más fácil.

**Como mujer directiva y fundadora de una empresa que lleva 30 años funcionando, ¿Qué dificultades se ha encontrado durante todo este tiempo?**

Como en cualquier empresa, a lo largo de todos estos años ha habido etapas complicadas, pero siempre las he afrontado como nuevos retos y como fuente de aprendizaje. En los inicios, la parte más complicada fue el cambio de mentalidad al pasar de trabajar como autónoma o por cuenta ajena, a crear una empresa con su estructura, sus procedimientos y la necesidad de establecer una determinada organización de cara a asegurar su correcto funcionamiento. Posteriormente, tuvimos la llegada de internet, que no existía cuando comencé y que obligó a redefinir de forma profunda el funcionamiento de la empresa. Más recientemente, la crisis que afectó a todo el país también provocó momentos difíciles, ya que mi actividad está íntimamente ligada al ámbito laboral, con lo que el aumento del desempleo afectó enormemente a mi trabajo.

**Su campo de actuación es la pericia médica. ¿En qué ha cambiado esta área desde sus comienzos?**

En mis inicios apenas había peritos médicos y valoradores, casi nos conocíamos entre todos nosotros. Con el paso del tiempo esta situación fue cambiando y, hoy en día, se trata de una profesión muy extendida, no solo en cuanto a profesionales sino también con la existencia de numerosas empresas que se dedican a las periciales médicas. Sin estar en contra de este aumento de la competencia, que sin duda creo que es positivo para todos, sí que creo que se ha perdido un poco el valor de un buen informe pericial y del profesional que lo realiza. A menudo se tiene la sensación de que un informe pericial es un simple trámite o un documento “administrativo” que puede realizarse sin una formación específica, por lo que el cliente ha pasado a guiarse por el precio de los informes en lugar de por su calidad. De igual forma, el acceso generalizado a internet provoca que, en ocasiones, se ponga en duda el contenido de los informes y se cuestione la labor del perito, algo que es extrapolable a casi todas las ramas de la medicina.

**¿Y, tras todos estos años, con qué se queda de todo el trabajo desarrollado hasta ahora?**

Uff, pues con muchísimas cosas. Por un lado, el hecho de haber ido creciendo durante todos estos años, adaptándome a todos los cambios que ha habido desde 1989, para mí supone un motivo de enorme satisfacción. ¡No había internet todavía! Pero sobre todas las cosas, me quedo con el hecho de haber podido ofrecer un servicio y ayudar a personas que, por lo general, se encontraban en situaciones médicas y laborales muy complicadas y haber contribuido a una mejora de su calidad de vida. Recientemente la Comunidad de Madrid nos galardonó con el Premio Madrid Excelente a la Confianza de los Clientes y fue un colofón a todos estos años de trabajo y un enorme orgullo.

**¿Cuál es la labor que, a su juicio, deben desempeñar los Directivos de la Salud, ya no solo en lo que se refiere a la gestión de sus empresas sino también de cara al sector de la sanidad?**

Creo que los Directivos de la Salud debemos ejercer un papel activo como motor de cambio para la mejora de distintos aspectos del sector sanitario en España. En mi opinión debemos trabajar sobre tres pilares fundamentales: fomentar la formación continua de los profesionales de la sanidad a través de charlas, congresos y ponencias; mejorar el conocimiento de la gente en los diferentes ámbitos del área sanitaria a través de conferencias, artículos de divulgación, etc. y finalmente, aprovechar nuestra posición para impulsar iniciativas legislativas que mejoren la calidad de pacientes y profesionales de la sanidad.

**10. Big Data, Open Data, Open Government, Big Analytics, Blockchain. Todas ellas son palabras que el mundo sanitario habría de entender e incorporar a su diccionario (10-06-2019)**

**César Pascual. Coordinador de Proyectos de la Fundación SEDISA**

**Sección: En Directivos**

Durante años hemos ido generando y almacenando datos clínicos en diferentes estructuras de almacenamiento. Hasta hace bien poco hemos venido trabajando dichas bases de datos con métodos basados en el indexado y los lenguajes primitivos, pero en estos momentos las bases de datos se han vuelto demasiado grandes para ser gestionadas. No ya para ser bien gestionadas, simplemente para ser gestionadas.



Porque los datos de los pacientes no constituyen una estructura plana en la que cada paciente tiene un diagnóstico, un tratamiento, unas dosis, unos cuidados, múltiples episodios, cada uno de ellos con información muy diversa. Necesitamos ser capaces de navegar por tan ingente cantidad de datos cómo en poder seleccionar los datos relevantes para nuestros propósitos y estructurarlos en un formato usable. Hoy en día ya estamos acostumbrados en sanidad a utilizar el término Big Data (del que incluso existe cierto abuso). En efecto parece como si hubiéramos pasado de la obsesión por la nube a la fiebre por el Big Data cuando en realidad no es otra cosa que un término usado cuando el almacenamiento de los datos sanitarios nos supera y no nos es posible gestionarlos o analizarlos.

Hoy el problema no debiera ser el almacenamiento, aunque en el mundo sanitario podemos estar cayendo en el error del almacenamiento de datos compulsivo (una especie de síndrome de Diógenes del dato) con un almacenamiento masivo de datos basura (Trash Data), es decir, almacenar información por almacenar, información que solo distorsiona, hace ruido y empobrece la calidad del dato. El verdadero problema radica en resolver la calidad de esos datos y cómo se analizan superando cierta confusión que existe en nuestro entorno entre Big Data (almacenamiento de grandes cantidades de datos) y Data Science (analítica de los datos almacenados).

Vivimos en la época del dato en abierto (Open Data) donde la administración puede publicar a coste cero informaciones a las que otros ciudadanos, en cualquier lugar del mundo, puedan acceder también a coste cero. La tecnología aquí actúa como facilitador en la publicación del conocimiento y constituye una herramienta fundamental para trabajar con fuentes de datos públicas para generar informes o cuadros de mandos. El problema es que no existen objetivos claros sobre qué conjuntos de datos publicar, y principalmente, el para qué publicarlos.

Además nuestra sociedad ha ido más allá y está consolidando un nuevo concepto: el de gobierno abierto (Open Government) una revolución en la manera de gestionar la Administración Pública a través del fomento de la transparencia, la participación y la colaboración con los diferentes grupos de interés implicados mediante la publicación de datos en bruto donde los ciudadanos, empresas, gestores, transformarla en conocimiento publicable, recabando un beneficio final (económico o de prestigio social).

En el entorno salud (superadas las limitaciones de protección de datos y resistencias al cambio) nos encontramos con millones de almacenes de información disponible en función de las distintas preguntas que deseamos hacer, pero información no accesible. Hoy podemos utilizar tecnologías de extracción, análisis y asociación de relaciones basadas en técnicas de Inteligencia Artificial (Big Analytics) que nos permite afrontar el reto de que los agentes del Open Government, de forma desasistida, puedan transformar los datos en bruto en conocimiento elaborado con el mínimo esfuerzo posible. Pero en el ámbito sanitario las barreras para ello aun resultan muy difíciles de salvar.

En efecto Big Analytics se basa en la capacidad que tiene la tecnología de analizar correlaciones, relaciones, segmentaciones y procesos estadísticos en tiempo máquina (es decir, sin descanso), sobre un volumen de información ingente, tanto estructurado como no estructurado. Big Analytics choca sin embargo con un problema de momento casi insalvable: disponer de datos de calidad, desagregados y compartidos por todos los centros sanitarios.

Los beneficios de este escenario son inimaginables. Ahora bien, su logro no es un problema tecnológico. Ya existe la tecnología que nos permite compartir toda esta información de una manera abierta e inteligente. El reto es superar un problema de confianza, confianza en la pertenencia de los datos, y en la responsabilidad de su uso. Y aquí es donde entra en juego Blockchain que, con sus propiedades en cuanto a la privacidad y a los contratos inteligentes, permite disponer de la información resolviendo el problema de la interoperabilidad en una única plataforma. Dado que extraer el conocimiento de esta ingente fuente de datos, de forma segura y anónima, solo se podría hacer generando algoritmos de extracción inteligente desde el interior de las cadenas de Blockchain garantizaríamos que los datos no saldrán nunca fuera de la cadena y solo suministraríamos patrones y perfiles de pacientes, de una forma agregada, y en forma de



conclusiones, evidencias o indicios.

Esta revolución acabará por entrar de lleno en el mundo sanitario que habrá de entender bien los conceptos e incorporarlos no solo a su diccionario sino a la práctica clínica habitual. Pero lo primero es conceptualmente saber de qué se trata, de qué estamos hablando, es decir, adquirir una cultura acerca de lo que supone la irrupción de estas tecnologías y el manejo de los datos. Y, en este sentido, los profesionales sanitarios no han sido muy proclives a interesarse por el tema lo que supone que deberían hacer un esfuerzo aún mayor para actualizarse y manejarse con estos conceptos vinculados a las nuevas exigencias sociales de transparencia, participación y colaboración que marcan la agenda de los ciudadanos en su relación con las instituciones públicas.

Si alguien puede liderar el cambio y promover su utilización no tengo la menor duda son los directivos sanitarios. He aquí una nueva responsabilidad que nos atañe y a la que deberemos dar respuesta movilizándolo nuestras organizaciones sanitarias para afrontar estas cuestiones que suponen algo más que la transformación digital. Suponen asumir el reto de dirigir el tránsito de las instituciones sanitarias por este camino hacia el futuro.

## 11. Afrontar la afectación emocional y social del paciente crónico (19-06-2019)

**Jose Luis Baquero. Director y Coordinador Científico del Foro Español de Pacientes (FEP)**



### **Sección: Firma invitada**

Aunque la [OMS](#) define la “salud como aquel estado de

bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”<sup>1</sup>, se viene tratando la enfermedad más que al paciente y, así, combatiendo la afectación física y apenas la emocional y social del individuo. Sin embargo, todos comprendemos como ya dijera el Dr. Albert Jovell, fundador y primer presidente del Foro Español de Pacientes, que “lo importante es el enfermo y no la enfermedad”<sup>2</sup> y que cuando uno está mal, lo está también su entorno social íntimo.

El sistema sanitario tiende a estar ocupado en su plena capacidad, por lo que se siguen procesos estandarizados, muy estudiados y contrastados, pero que nos hacen olvidar que estamos actuando sobre personas. Ser enfermo es una circunstancia, pero no es lo único que califica a la persona, que es de mucha mayor complejidad.

La enfermedad crónica siempre tiene un efecto emocional y social, mayor o menor; pero además, éstos pueden somatizarse entrando en un círculo vicioso, que empeoran el estado de su enfermedad. Por eso se hace necesario desde las instituciones abordar su malestar de una forma global.

Desde el Foro Español de Pacientes, como agente activo en el sistema sanitario, promovemos el proyecto AFRONTAR, que en las diferentes patologías pretende mejorar la capacidad de autogestión y autocuidado del paciente, además de sensibilizar a los profesionales. Se lleva a cabo en 2 etapas científicamente consolidadas:

- Primero identificando las situaciones de mayor afectación emocional y social, mediante un grupo nominal de pacientes, siguiendo el método de McMillan<sup>3</sup>; y
- Segundo, valorando las 8 “estrategias de afrontamiento”<sup>4</sup> tanto por pacientes como por los profesionales implicados:
  1. Proactividad, actuando uno mismo en la resolución del problema.
  2. Autocrítica o buscar si la culpa es de uno mismo.

<sup>1</sup> World Health Organization (WHO). Preamble to the Constitution of the WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the WHO, no.2, p.100). 1948. Citado el 5 de octubre de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

<sup>2</sup> Disponible en:

<https://www.foropremiosalbertjovell.es/ideas/frases>.

<sup>3</sup> McMillan S, Kelly F, Sav A, Kendall E, King M, Whitty J, et al. The paper we needed at the beginning: how to analyse results from the nominal group technique. In.: Springer US; 2014.

<sup>4</sup> Nava Quiroz C, Ollua Méndez P, Zaira Vega-Valero C, Soria Trujano R. Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. Psicología y Salud. 2010 Julio-diciembre; 20(2): 213-220.

3. Expresar lo que se siente como válvula de escape.
4. Pensamiento desiderativo e imaginar una situación mejor.
5. Buscar apoyo en una persona de confianza.
6. Reestructuración cognitiva, para intentar verla de forma diferente.
7. Ignorar el problema.
8. Retirada social, evitando a las personas o situaciones que lo producen.

Las comunicaciones de sus resultados han venido siendo aceptadas en los respectivos congresos profesionales, lo que nos permite sensibilizar a los profesionales:

- En diabetes tipo I, como poster P- 184 del XXVII Congreso Nacional (2016) y comunicación oral O-046 del XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes (2017).
- Artritis reumatoide, aprobado por el CEIm del hospital de La Princesa de Madrid, se llevó como poster, P239, al XLIII Congreso Nacional (2017) y poster, P230, al XLV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología (2019) y comunicación oral OP0348-PARE del Annual European Congress of Rheumatology EULAR de junio de 2019.
- Hidrosadenitis supurativa, con el dictamen favorable del CEIC de Aragón, también ha sido recientemente admitido como comunicación oral en el 47 Congreso Nacional de Dermatología y Venereología de junio de 2019.

La competencia profesional e institucional para tratar adecuadamente a los pacientes no es solo técnica, debe serlo también emocional y cultural.

En todo caso, el éxito de esta visión holística de la persona enferma, solo será alcanzable si se implica el directivo de la salud, como motor fundamental de la humanización que debe impregnar la totalidad de la estructura sanitaria, para ofrecer una atención personalizada del paciente y, a la vez, global (física, psíquica y social).

## 12. Reordenar recursos sociales y sanitarios y los Comités de Ética Asistencial (21-06-2019)

**Salomé Martín García. Presidenta CEAS Eulen S. Sociosanitarios. Directora Técnica Eulen S. Sociosanitarios**



### Sección: En Directivos

Reflexionando desde el Comité de Ética que tengo el honor de presidir, analizaba la situación actual de la sociedad, las no tan futuras necesidades tanto de las personas frágiles como de los profesionales de la sanidad y de servicios sociales, de los familiares y del entorno.

Nos hace más humanos cuidar de nuestros miembros más débiles. Estamos en un país con muchas personas mayores y con tendencia a un aumento de la longevidad. Sin embargo, la sanidad lo aborda sin tener en cuenta la globalidad sociosanitaria que se requiere en muchos casos.

Es imprescindible reordenar los recursos sociales y sanitarios existentes. Organizarlos de manera que los cuidados a nuestros mayores, a las personas con enfermedad mental grave, a las personas que padecen discapacidad intelectual, sean parte de los pilares de la sociedad.

Todos los que no necesitan un hospital o una consulta médica en un momento puntual, sino un apoyo constante y cuidados complejos para toda la vida o para gran parte de ella, presentan unas necesidades diferentes a las contempladas hasta el momento actual.

No voy a comentar el espacio sociosanitario ni la coordinación sociosanitaria, temas manidos y de sobra

conocidos, sencillos pero no fáciles, que esperan acuerdos, consenso y desarrollo.

Quiero ir un paso más allá y plantear necesidades emergentes relacionadas con la calidad de cuidados a enfermos crónicos, a personas con necesidades de cuidados complejas.

Seguramente son muchas, pero me voy a centrar en reflexionar acerca de dos de ellas que me parecen importantes. Por un lado, es prioritario consensuar los derechos y deberes de las personas que precisan una atención sociosanitaria. ¿Tiene menos derechos una persona por ser dependiente, por tener necesidades complejas que abarcan todos los aspectos de la persona y no solo la salud o la vivienda?

Tenemos La Ley de Autonomía del Paciente y las Leyes de Servicios Sociales, en el caso de estas últimas diferentes según cada comunidad autónoma. Es momento de proponer los derechos y deberes de las personas que están a caballo entre ambos sistemas, que precisan de los dos.

Desde aquí prevengo a los directivos de sanidad y a los de servicios sociales, sobre un futuro cercano que ya está aquí y sobre las necesidades de apoyos y regulación que precisa este colectivo.

El segundo punto a reflexionar son los Comités de Ética Asistencial con un cometido más amplio que los actuales. En este momento, existen Comités de Ética en Hospitales y Comités de Ética en Servicios Sociales, en algunas comunidades autónomas, y Comités de Ética de Investigación, pero no cubren la globalidad de la problemática de estos colectivos.

Nos encontramos ante la realidad de nuestro CEAS y surgen casos que pertenecen al ámbito sanitario, como uso de sondajes, esfuerzo terapéutico, rechazo al tratamiento, etc. y otros con carácter más social, como contenciones terapéuticas, violencia de género, sexualidad, etc.



<http://newsletter.eulen.com/DISCAPACIDAD%20Y%20SEXUALIDAD%202016.pdf>

[http://newsletter.eulen.com/CONTENCIONES%20TERAPEUTICAS\\_Comit%C3%A9%20de%20C3%89tica%20de%20EULEN%20Sociosanitarios.pdf](http://newsletter.eulen.com/CONTENCIONES%20TERAPEUTICAS_Comit%C3%A9%20de%20C3%89tica%20de%20EULEN%20Sociosanitarios.pdf)

No existe una norma que regule la formación y acreditación de los Comités de Ética Sociosanitarios a pesar de que algunos llevan funcionando largo tiempo, como ocurre en empresas de servicios sociosanitarios o en instituciones religiosas que ha detectado su necesidad y han puesto medios para actuar.

Tras más de veinticinco años de existencia de los Comités de Ética, es quizá importante replantear las nuevas atribuciones, los nuevos casos que se presentan para deliberar, las nuevas reflexiones en torno a la sociedad actual.

Corresponde a los directivos de ambos sistemas y a los responsables políticos desarrollar los recursos y las herramientas que faciliten la atención a las personas que precisan de apoyos en varios o en todos los aspectos del ser: afectivo, higiénico, sanitario, relacional, emocional, funcional, etc. Y por ello, faciliten y potencien la creación y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial en el ámbito sociosanitario.

### 13. La experiencia de paciente, clave para un modelo de excelencia asistencial (25-06-2019)



#### Sección: SEDISA News

Hace casi una década que se comenzó a hablar en España del concepto de experiencia de cliente, de forma que, en la actualidad, las grandes empresas de sectores como el financiero, *retail* o turismo están trabajando en este

ámbito, conscientes de su importancia. Por detrás de estos sectores camina el sanitario. Y es que, a pesar de que existen muchas iniciativas dirigidas a mejorar la relación con el paciente y su experiencia, son contados los proyectos con una visión clara, que estén rediseñando sus procesos para poner al paciente en el centro y que cuenten con una dotación relevante de recursos.

La satisfacción y la calidad asistencial son la base de lo que se conoce como Experiencia de Paciente, que se compone de seis dimensiones, la dimensión física, la calidad asistencial, los aspectos emocionales, el contexto familiar, laboral y social y la dimensión simbólica, referente a las creencias personales de naturaleza simbólica. En este marco, definir y medir la Experiencia de Paciente supone un reto para los Directivos de la Salud y la gestión sanitaria, por cuanto cumple el objetivo de concretar el compromiso del sistema con los pacientes, desde la satisfacción y al mismo tiempo aportando eficiencia en términos de utilización y acceso al sistema, así como en resultados.

Con el objetivo de entender y reflexionar sobre los elementos que conforman la experiencia del paciente y su impacto en los resultados clínicos, financieros y sociales, analizar los factores clave del cambio cultural que necesita una organización centrada en el paciente y ofrecer un espacio formativo y de experiencias compartidas, la Agrupación Territorial Astur-Cántabra de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) celebra hoy en el Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón) el Foro de Actualización en Gestión Sanitaria *‘El reto de mejorar la experiencia de nuestros paciente’*. Miguel Javier Rodríguez, gerente del Área Sanitaria 5 de Asturias-Gijón y presidente de la Agrupación Territorial Astur-Cántabra de SEDISA, lo tiene claro: *“Desde la gestión sanitaria nos hemos dado cuenta que la calidad y la seguridad médica, por sí solas, no son decisivas para que los pacientes elijan el centro donde quieren ser atendidos, ni son una garantía de éxito a nivel de reconocimiento y de satisfacer las necesidades de nuestros pacientes. Éstos cada vez más buscan un componente emocional, algo que les haga sentir que el servicio sanitario que reciben es diferencial y eso hace que las organizaciones sanitarias cada vez más busquen crear un vínculo con sus pacientes”*.

Respecto a cómo revierte esto al sistema, el presidente de la Agrupación Territorial Astur-Cántabra de SEDISA ha explicado que *“mejora los resultados, en los que necesariamente hay que incluir las expectativas y la percepción de nuestros pacientes y nos ayuda a ubicar a éstos realmente como el centro del sistema sanitario,*

*alrededor del cual se articula todo el resto”*.

Durante el Foro, al que han asistido en torno a 70 directivos y profesionales sanitarios, se ha puesto en valor la Experiencia de Paciente en tanto en cuanto aporta mejora en los tres desafíos fundamentales a los que se enfrenta el sistema en la actualidad. Así lo ha puesto de relieve Emilio Álvarez Sierra, director de Formación de People Up y experto en Experiencia de Paciente: *“Mejorar la accesibilidad, lograr la sostenibilidad y preservar la humanidad. La implantación de un modelo de Experiencia de Paciente en un centro asegura una relación más humana, marcada por actitudes y comportamientos de cercanía, compromiso y empatía hacia el paciente y hacia sus familiares. La consecuencia directa es que mejora el estado de ánimo del paciente y aumenta su percepción de bienestar. Finalmente, este factor anímico, correlaciona con las necesidades asistenciales y, por lo tanto, sobre la necesidad de destinar recursos para el paciente”*. En este marco, la Experiencia de Paciente debe estar situada al mismo nivel que la seguridad del paciente y la excelencia clínica, siendo éstas las tres columnas de un modelo de excelencia asistencial y que deben evolucionar de manera paralela.

### **Implementación estratégica de la Experiencia de Paciente**

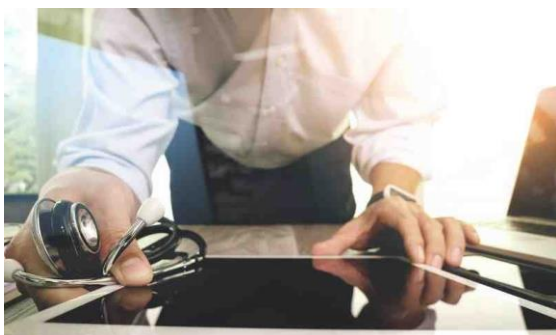
En la actualidad, existen distintas definiciones que han desarrollado instituciones de prestigio en esta materia como son *Beryl Institute* o *Cleveland Clinic*. En todas ellas, se habla de ideas como percepciones o interacciones y se interpreta el proceso asistencial como un continuo de cuidados que ponen al paciente en el centro de la actividad. Desde PeopleUp, en este sentido, defienden la definición que pone énfasis en la capacidad de un centro asistencial de dejar una huella emocional en el paciente. *“Ese concepto, el de la huella emocional, implica la fuerza de hacer las cosas bien, de hacer sentir al paciente que están bien y, finalmente, lograr que el paciente comparta ese sentimiento”*, explica Emilio Álvarez Sierra. Para ello, Miguel Javier Rodríguez hace hincapié en que se trabaje en la línea en la que lo está haciendo el resto de sistemas sanitarios occidentales y que básicamente podemos centrar en dos áreas: *“La primera es incluir la opinión de los pacientes en la definición de los resultados de salud que queremos conseguir y aquí hay varias opciones metodológicas, pero todas ellas se basan en incluir además de los resultados importantes desde el punto de vista clínico de acuerdo con las guías de buena práctica, los resultados que son relevantes para el paciente, las denominadas medidas de resultado comunicadas por el paciente (PROM: Patient Reported Outcome Measures)”*.

Respecto a la segunda, el presidente de la Agrupación Territorial Astur-Cántabra explica que se trata de trabajar en mejorar la experiencia que los pacientes tienen en su contacto con el sistema sanitario, desde el momento inicial hasta el final, y aquí se incluyen todos los aspectos organizativos y logísticos, que también forman parte de esa experiencia y a los que tradicionalmente no se les ha dado gran importancia. *“Se trata de definir las denominadas medidas de experiencia comunicadas por los pacientes (PREM: Patient Reported Experience Measures), un trabajo mucho más local porque se analiza la organización sanitaria concreta que presta el servicio, para lo que existen diversas metodologías, como la representación gráfica y el análisis de los denominados patient journey maps”*, añade Miguel Javier Rodríguez.

Ello conlleva un cambio estratégico, lo que pasa por el compromiso claro de la Dirección de trabajar en esta línea. Según Miguel Javier Rodríguez, *“este compromiso es necesario, pero no suficiente, porque la pieza angular en este aspecto son los profesionales. Alcanzar la mejora de la experiencia del paciente no es algo puntual, es necesario disponer de palancas que permitan desarrollar nuevos comportamientos y habilidades entre los profesionales y que perduren en el tiempo. Y esto lo tienen que hacer desde el convencimiento de que es bueno para los pacientes y para la perdurabilidad de la organización en la que trabajan y con generosidad, porque tienen que dejar de ser el centro del sistema para colocar en ese lugar a los pacientes y pensar en nuevas formas de proveer la asistencia sanitaria”*.

14. Es necesario que los facultativos asistenciales asuman el liderazgo de los servicios médicos (28-06-2019)

**José Antonio Moreno. Presidente GIHSA Consulting**



**Sección: En Directivos**

Éste es un tema en el que las opiniones pueden estar encontradas. Para algunos “dirigir es una profesión”. Consecuentemente, en los puestos directivos debe haber “profesionales de la dirección”. Un médico asistencial es un profesional de la asistencia médica que solo podrá ser un aficionado en la gestión de los servicios sanitarios. Para conseguir resultados de eficiencia en la gestión de los servicios médicos se requieren profesionales eficaces. Precisamente, pensando de esta manera, y queriendo ser un buen directivo profesional, decidí hace más de treinta años dejar la actividad asistencial, como urólogo, y dedicarme plenamente a la dirección de hospitales, cosa que hice durante todo este tiempo, de forma casi ininterrumpida.

Pero no me refiero a la alta dirección de los centros, gerencia o direcciones, sino a la gestión de los servicios médicos. En estos puestos de la dirección intermedia de los hospitales, el mix de conocimientos, capacidades, habilidades, aptitudes y experiencia, que se requieren para lograr la excelencia, creo que es diferente. Por otra parte, una de las condiciones para el liderazgo es pertenecer al grupo que hay que liderar.

He podido comprobar en estos treinta años que entre los facultativos se dan los mejores gestores de sus servicios, cuando coincide que el jefe formal, el directivo oficial, es, además, el líder del equipo de profesionales del servicio. En estos casos el servicio funciona de forma excelente, los resultados suponen un extraordinario valor añadido a los recursos consumidos, la eficiencia (productividad, calidad y costes) es óptima.

Insisto, he podido comprobar, a lo largo de los últimos treinta años, excelentes resultados logrados por médicos asistenciales que compaginaron su actividad asistencial con su función como líderes y directivos de los servicios donde trabajaban. Pero también he podido comprobar que coincidían dos circunstancias en todos los casos de excelente gestión por parte de los médicos asistenciales: el liderazgo del equipo y la temporalidad. Estas dos circunstancias influyen más en los resultados de excelencia que los conocimientos directivos, las habilidades y las aptitudes.

Cada líder tiene su propio ciclo de vida, pero todos son capaces de conseguir la cooperación de los demás durante un periodo de tiempo, con un comienzo, un desarrollo creciente, un periodo de estancamiento y un final. El desgaste es inevitable y al final el mismo equipo se cansa y se vuelve refractario a la influencia del líder.

Estos excelentes gestores médicos lo son durante un tiempo determinado, cuya duración depende de cada líder y de las características de los miembros de su equipo. He podido comprobar como algunos de estos directivos, jefes de sus servicios, fueron conscientes de este desgaste y hubieran deseado ser substituidos, si ello no hubiese supuesto una especie de destitución o pérdida de derechos adquiridos.

Estos excelentes gestores médicos lo son porque son capaces de liderar al equipo de profesionales de su servicio. Son capaces de hacer sentir el deseo de cooperar, de conseguir la voluntaria participación de todos en la tarea común. No se esfuerzan por convencer o influir en los demás por métodos coercitivos. Sencillamente, les hacen sentir el deseo de cooperar, de participar en las funciones y actividades del servicio.

El jefe líder sabe que los profesionales del servicio confían en él. Sabe también que no puede dirigir un servicio si los médicos del mismo no le consideran su jefe, su líder, y cuando se llega a un límite de no aceptación unánime, sabe que debe ser substituido por otro miembro del equipo con su capacidad de liderazgo intacta.

Necesitamos más líderes y nos sobran directivos y este hecho se produce porque el sistema no se adapta suficientemente al fenómeno evolutivo del proceso de liderazgo. Los jefes vitalicios, confundiendo la categoría profesional con el puesto de trabajo, hacen imposible el fluir continuo de líderes a medida que son necesarios. Es por ello que se precisa una revisión de la situación, porque la introducción del llamado puesto funcional, con designación directa, como puesto de confianza, tampoco garantiza la presencia del mejor líder del momento al frente de los equipos de profesionales de los servicios.

Este jefe debe ser líder desde el principio, y debe dejar de ser jefe cuando no pueda seguir siendo líder, porque su función principal no es manejar números (objetivos, cuotas de actividad, indicadores de calidad, etc.) sino personas. Su principal trabajo consiste en lograr acuerdos y compromisos con el equipo y con los profesionales. Conseguir su cooperación, participación y compromiso.

Es probable que la temporalidad de esta función de liderazgo requiera que, la carrera profesional médica, contemple la diferencia entre categoría y nivel de estatus o grado de desarrollo profesional, de forma claramente diferenciada con la ocupación temporal de un puesto de

trabajo directivo.

Nunca a lo largo de todos estos años como gerente de hospital, el director médico de mi equipo fue un directivo profesional. Siempre fue un médico asistencial con capacidad de liderazgo suficiente, que casi siempre pudo hacer compatible su trabajo de director médico con una mínima actividad asistencial (internista en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, cirujano y después patólogo en el Gregorio Marañón de Madrid, dermatólogo en el clínico de Tenerife, etc.). Creo que todos, sin excepción, fueron capaces de conseguir resultados excelentes.

## Julio

---

### 15. Innovando en formación en LIDERAZGO (03-07-2019)



#### **Sección: En dirección con... Joaquín Estévez Lucas, presidente de SEDISA y Fundación SEDISA**

SEDISA, Fundación SEDISA y Luzán 5 han presentado el Centro de Innovación en Liderazgo del Sector Salud para Directivos de Organización Sanitaria, en un momento en el que la transformación que requiere el sistema sanitario necesita directivos que lideren e impulsen el cambio. Durante la presentación, que tuvo lugar ayer en la sede de SEDISA, se hizo hincapié en la importancia de la formación en competencias transversales (habilidades) para tener líderes.

Luis Truchado (@LuisTruchado), socio director de [1]EuroGalenus, destacó que el directivo más complicado de buscar es precisamente el directivo sanitario, seguido del directivo de un medio de comunicación. Por su parte, Carlos Mur, director gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada de Madrid, vocal de junta directiva de SEDISA y Coordinador Académico del Centro, explicó el enfoque

del Centro, cuya misión no es otra que garantizar la gestión eficiente y correcta de recursos y personas por parte del Directivo y Mando Intermedio de Organización Sanitaria y que los temas en los que se basarán los programas formativos estarán alineados con el mapa de competencias del Directivo de Organización Sanitaria.



Por último, César Pascual (@pascualfc), coordinador de proyectos de Fundación SEDISA, cerró el acto poniendo en valor el papel del directivo de la salud en el marco de la innovación en gestión y poniendo sobre la mesa el hecho de que sin diversidad no hay innovación y sin ésta no hay talento.



**A continuación, os dejamos con una breve entrevista sobre el CILSS a Joaquín Estévez, presidente de SEDISA y Fundación SEDISA**

**¿Cuál es el fundamento de la formación del directivo de la salud?**

Tal y como lo entendemos, desde un punto de vista cronológico, la formación tiene diferentes fases, siendo las principales la formación de base y la formación continuada, ambas fundamentales. Pero en el caso del directivo, además, la formación tiene dos áreas clave las

competencias técnicas (conocimientos) y liderazgo (habilidades).

En la primera área, en SEDISA y Fundación SEDISA contamos con diferentes iniciativas que cubren la formación del directivo de la salud respecto a las competencias o conocimientos sobre gestión, como el Máster Universitario en Gestión Sanitaria de la Fundación SEDISA y la Universidad Europea. Hoy por hoy el mejor programa master de gestión, con un equipo docente de 90 profesores muy bien valorados por los alumnos.

Además, contamos con programas docentes más concretos sobre temas de interés y de gran actualidad, que responden a necesidades concretas sobre áreas concretas de conocimiento. Un ejemplo son los programas formativos sobre contratación pública tras la aprobación de la ley de contratos del sector público.

También en esta primera área, es obligado destacar el proyecto AvanzaDPC en torno al desarrollo profesional continuado del directivo de la salud. En estos momentos, se han definido las competencias o conocimientos técnicos que debe tener un directivo de una organización sanitaria y se están validando. Este mapa competencial será la estructura docente gestionada por SEDISA en el marco del sistema de acreditación de directivos, fin último del proyecto AvanzaDPC, y para lo que estamos contando con la colaboración de los servicios regionales de salud.

En la segunda de las áreas es donde se enmarca la creación del Centro de Innovación en Liderazgo.

**¿Qué es el Centro de Innovación en Liderazgo del Sector Salud para Directivos de Organización Sanitaria (CILSS)?**

Es un catálogo de programas formativos dirigidos a profesionales del sector salud, tanto en el ámbito privado como público, que quieran ampliar sus conocimientos y mejorar sus habilidades de gestión, así como complementarlo con el desarrollo del liderazgo y la bioética teniendo en cuenta al paciente en el centro del sistema.

El Directivo de la Salud tiene un papel fundamental en la transformación del modelo sanitario, que debe evolucionar hacia la calidad y la eficiencia, para lo que es clave que reciba una formación adecuada dirigida a las competencias (conocimientos) y al liderazgo (habilidades). En este sentido, según la *Validación Española del Directorio Internacional de Competencias en Gestión Sanitaria*, realizada por SEDISA, las habilidades y comportamiento de liderazgo (habilidades y comportamiento de liderazgo, cultura organizativa y entorno, liderazgo en la gestión del cambio y gestión de la innovación) y las de comunicación y gestión de relaciones (gestión de relaciones, habilidades

de comunicación y compromiso y facilitación y negociación) son las que han recibido un mayor acuerdo en dicha validación por parte de los directivos consultados. Esta iniciativa da respuesta a esta necesidad y permite que los agentes implicados y los líderes del sector se formen sobre este nuevo panorama y consigan las habilidades necesarias para proveer la sostenibilidad, la excelencia y el aporte constante de valor a organizaciones, profesionales y pacientes.

### **¿En qué metodología docente se centrarán los programas?**

Utilizaremos la metodología de formación blended, que combina el formato on-line y el presencial y facilita que los directivos puedan compatibilizar con sus responsabilidades profesionales. Esto responde a la necesidad de personalizar la solución formativa, en base a una propuesta metodológica, la combinación de recursos y el perfil de profesores que requiera el reto concreto de una organización, tanto en un ámbito nacional como internacional.

En línea con esta propuesta, el comité del Centro de Innovación en Liderazgo del Sector Salud para Directivos de Organización Sanitaria (CILSS) lo componen profesionales del sector, pero también personas de fuera, a fin de enriquecer la propuesta formativa con herramientas y experiencias de éxito de otros sectores. Además, los cursos serán diseñados e impartidos por líderes de opinión españoles e internacionales alineados para garantizar la gestión eficiente y correcta de recursos y personas por parte del directivo y el mando intermedio.

1. <https://eurogalenus.com/es/>

## **16. Gestión de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) (08-07-2019)**

**Ana Rodríguez Cala (@AnaRodriguezC11)**

### **Sección: En directivos**

La existencia de una legislación o de una normativa que de alguna forma regulara u obligara a las empresas a asumir y desarrollar actividades asociadas con la RSC es uno de los aspectos menos consensuados en cualquier debate. Hasta la fecha, no existe un estándar aceptado a nivel internacional que englobe todos los aspectos relacionados con la sostenibilidad. Algunas normas marcan directrices y exigencias en la gestión de las relaciones laborales con los empleados y con los proveedores (SA8000). Otras tienen

como objetivo aportar requerimientos sobre los contenidos de las memorias de responsabilidad empresarial, como por ejemplo, el estándar “G4” del [Global Reporting Initiative](#) o el “AA1000” de [AccountAbility](#). En otro contexto destacan los que tratan de asegurar una gestión ética en las empresas, como el “SGE21” de [Forética](#).

El siglo XXI está viendo cómo se diseña y difunde una amplia variedad de metodologías y herramientas que han sido elaboradas con el objetivo de lograr la adhesión de las empresas al desarrollo sostenible y de mejorar su reputación y su impacto social. Algunos autores plantean que la RSC marca un nuevo estilo de gestión y con esta premisa están exigiendo nuevos métodos de gestión. Como respuesta a estas necesidades, en los últimos años, se han generado nuevos tipos de alianzas entre diferentes agentes e instituciones para diseñar e implantar nuevos mecanismos y herramientas que promuevan y consoliden las prácticas sostenibles en las empresas. Existen diferentes instrumentos de gestión que pueden ayudar a las empresas a que se adecuen a las necesidades asociadas al desarrollo sostenible. Podemos diferenciar tres categorías de estándares según el objetivo principal de los mismos: normativas generales, normativas de gestión ética y estándares que aporten directrices para el diseño y la elaboración de la memoria de sostenibilidad. La correcta aplicación de un sistema de gestión implica para la empresa estar cumpliendo todas sus obligaciones y ajustarse a los estándares de la RSC.

Una valiosa herramienta de gestión es el Cuadro de Mando Integral (CMI), en inglés *Balanced Scorecard* (BSC), introducido por primera vez en 1992 por Robert S. Kaplan y David P. Norton. Desde entonces, muchas empresas han implementado este instrumento porque lo consideran útil para el diagnóstico y seguimiento de su empresa y para definir su propio modelo o mapa de negocios con una visión amplia de la organización, facilitando la comunicación y la implementación de la estrategia. Además, el CMI contiene una serie de indicadores que constituye una ayuda importante para que los directivos puedan diagnosticar, hacer seguimiento y alinear las organizaciones.

En la década de los 60 y los 70, la dirección por objetivos se convirtió en un instrumento muy utilizado para alinear las acciones directivas con los objetivos de la organización. En los 80, las empresas empezaron a aplicar nuevos instrumentos de medida de cumplimiento, como el *benchmarking*, para realizar comparativas.



Los hospitales, durante mucho tiempo, han desarrollado su actividad en un entorno no competitivo y con poca libertad para fijar precio a sus servicios. Sin embargo, cada vez más, la tendencia está marcada por iniciativas descentralizadoras y de autonomía de gestión. Como hemos visto, el CMI es una herramienta clave para el funcionamiento de las empresas porque permite realizar una gestión responsable. Si la RSC está integrada en la estrategia de la empresa y desplegada en los procesos productivos, es evidente que ya no se cuestiona su valor añadido y que, por lo tanto, es susceptible de ser medida y tenida en cuenta a la hora de dirigir la empresa.

En mi opinión, en el ámbito sanitario, una adecuada gestión fundamentada en mejorar la capacidad de los profesionales, puede convertirse en el mejor aliado para incrementar la eficiencia sanitaria. En este sentido, Curiel (1999) señala que *“algunos sistemas europeos están apuntando a la cooperación entre centros en lugar de a la competitividad, así como a un desarrollo de los trabajadores basado en una carrera profesional que conduce a una mejora de la capacidad de los profesionales y la productividad de los hospitales”*. También cabe señalar que las características inherentes a las organizaciones de asistencia sanitaria dificultan en algunos casos la consolidación de las técnicas de gestión, que son relativamente fáciles de implantar en otros sectores. Como señala Núñez Feijoo (1997), *“no podemos olvidar que nos referimos a organizaciones prestadoras de servicios, sin duda con una gran dificultad y complejidad sobre todo en el caso de los servicios sanitarios”*.

Cuando hablamos de RSC también hablamos de códigos de conducta empresarial, que obedecen a la necesidad de alinear la conducta de los trabajadores de acuerdo a los principios éticos comunes. La incorporación de estos códigos de conducta supone el establecer formalmente los principios corporativos de la empresa que afectan a la responsabilidad que tiene con todos sus grupos de interés y con la sociedad en general.

Como vemos, la RSC es un nuevo paradigma que se ha ido incorporando paulatinamente en la estrategia de las organizaciones. Cada vez es mayor el número de empresas que fomentan la RSC para dar respuesta a las demandas sociales, medioambientales y económicas.

La importancia que ha adquirido la RSC en los últimos años responde al cambio que se está produciendo en la visión de la empresa, no solo teniendo en cuenta el beneficio

económico sino el beneficio el social y el beneficio medioambiental. La integración de la RSC en la estrategia de la organización es clave para la competitividad de la empresa y para un mejor comportamiento interno y externo, que es esencial para ser una empresa ética y responsable.

## 17. La formación es la clave para profesionalizar (15-07-2019)

**Jesús Sanz Villorejo. Coordinador Académico del Máster Universitario en Gestión y Planificación Sanitaria y Presidente de la Asociación Nacional de Directivos de la Salud (@SanzVillorejo)**



### Sección: En Directivos

Los gestores sanitarios, como elementos claves de los cambios organizacionales, deben tener y demostrar los conocimientos y habilidades necesarios para dirigir su institución/empresa hacia los mejores resultados. Un perfil adecuado al puesto en cuanto a formación y experiencia, así como una evaluación centrada en objetivos y resultados serán los mejores garantes de unos niveles de profesionalización adecuados entre los directivos de la salud. El directivo sanitario de hoy tiene que ser capaz de adoptar decisiones con flexibilidad y rapidez, sabiendo adaptarse a los cambios, manejando los escenarios y poniendo especial atención en la transparencia y el buen gobierno.

La formación es la clave para profesionalizar a los directivos de la salud, por lo que debe planificarse con el objetivo de ampliar sus conocimientos y mejorar sus habilidades de gestión para hacer frente al complejo entorno sanitario actual: un sector en profunda transformación en el que todos los agentes presentes deben trabajar de manera conjunta para ofrecer soluciones eficaces y eficientes a retos cada vez más exigentes.

Recientemente, (TAN ENG CHYE) el Rector de la mejor Universidad de Asia y una de las mejores del Mundo, la [1]Universidad Nacional de Singapur, visitó nuestro país y concedió algunas entrevistas en las que fue aportando varias ideas de gran interés. Me centraré en una y es que el Rector afirmaba que: *“El gran proyecto en el futuro de la universidad pasa por el aprendizaje a lo largo de toda la vida, ni siquiera la mejor universidad es capaz de darte competencias y habilidades para siempre”*. Es necesario adaptarse a los cambios que vivimos y prepararse para los que vienen y no permitir que las habilidades y conocimientos se queden obsoletos.

Estas reflexiones también sirven para nosotros. Actualmente, el sector salud, en nuestro país, está sumido en una transformación y adaptación constante que debe hacer frente a numerosos retos y nuevas demandas de gestión y planificación sanitaria. Por eso ahora, más que nunca, se hace necesaria la colaboración entre instituciones, organismos, profesionales y ciudadanos para definir un modelo de gestión sanitaria innovador que favorezca al sistema. El [2] Máster Universitario en Gestión y Planificación Sanitaria para Directivos de la Salud, organizado por la [3] Universidad Europea y la [4] Fundación SEDISA, da respuesta a esta demanda y permite que los agentes implicados, los líderes sanitarios y los profesionales interesados en la gestión sanitaria se formen sobre esta nueva realidad y consigan las habilidades necesarias para posibilitar la sostenibilidad, la excelencia y la continua creación de valor para las organizaciones, los profesionales, los pacientes y sus familias.

Más de 170 profesionales han realizado este programa formativo que fue verificado favorablemente por la [5] ANECA en el año 2015. Habiendo obtenido, en todas las ediciones, resultados muy positivos en términos de aprendizaje y satisfacción del alumnado. Pueden servirnos de ejemplo los datos del curso pasado, en el que los profesores obtuvieron en su conjunto una valoración de 4,25 puntos sobre 5, y un índice de satisfacción con el programa del 93 %.

Considero que las ofertas de formación son amplísimas, y muchas con excelentes metodologías. Lo importante es darse cuenta de cuales son mis áreas de mejora y elegir bien la opción más adecuada a las necesidades personales y profesionales de cada uno.

1.<http://www.nus.edu.sg/>

2.[https://sedisa.net/quienes-somos/fundacion-sedisa/ master-universitario-en-gestion-y-](https://sedisa.net/quienes-somos/fundacion-sedisa/master-universitario-en-gestion-y-)

[planificacion-sanitaria-para-directivos-de-la-salud/](http://planificacion-sanitaria-para-directivos-de-la-salud/)

3.<https://universidadeuropea.es/>

4.<http://www.sedisa.net/>

5.<http://www.aneca.es/>

## 18. La bicicleta de la mente (19-07-2019)

[Ignacio Hernández Medrano \(@ihmedrano\)](#)



### Sección: Firma Invitada

Steve Jobs dijo: “El ordenador es la bicicleta de la mente”. En este sentido, alguna vez hemos comentado que, a diferencia de lo que sucedía en épocas pasadas, hoy ya no tenemos tiempo para mantenernos actualizados, hecho que se debe fundamentalmente a que el conocimiento crece inflacionariamente (se calcula que la información en el mundo se duplica cada 2,5 años). Sin embargo, esta situación, aparentemente adversa en el ámbito médico, abre una posible salida con elementos potenciales muy positivos: aunar nuestras capacidades intuitivas humanas con las mejores posibilidades de cálculo de la computación, mejorando así nuestras posibilidades de diagnóstico y tratamiento, aplicando así a nuestros pacientes lo que como principio general sugería el fundador de Apple.

La capacidad de ofrecer datos a nuestros ordenadores ha crecido de forma tan exponencial, que hace poco hemos pasado de “programarlos” a “enseñarles”. En efecto, con técnicas como las “redes neuronales recurrentes” ofrecemos a la computación los secretos estructurales de nuestra corteza cerebral humana, lo que les permite aumentar su rendimiento de forma cualitativa. Hoy ya disponemos de máquinas capaces de observar imágenes, textos o vídeos, aprender de ellos, y generar nueva información de creación propia. Su incorporación de patrones en el aprendizaje, como hace un niño cuando va

al colegio o experimenta, está abriendo brechas en la gestión del conocimiento de repercusión aún no imaginable. Así, cuando en la guardia de Neurología veo un TC correspondiente a un paciente que padece un ictus precoz, sé en un segundo que algo no marcha bien, pero me cuesta explicar por qué. Eso se debe a que mi proceso inductivo-deductivo no funciona con reglas, sino con patrones. Y esto es precisamente lo que está cambiando el mundo: los ordenadores ahora pueden también funcionar con patrones. Y de ahí a la llegada de la inteligencia artificial, lo que queda es apenas un suspiro. Hay, por supuesto, especialidades más sensibles que otras; así, la imagen radiológica, por ejemplo, parece más fácilmente computerizable.

Sin embargo, en este mundo de la inteligencia artificial existe un fenómeno conocido como la “última milla”, por el cual el 10-15% de las tareas no son resolubles por las máquinas. Imaginemos, pues, que en unos diez años contaremos con un flujo de trabajo en el proceso asistencial en el cual potentes algoritmos ofrecerán opciones diagnósticas y terapéuticas a un médico, cuya función será, además de las de consejero y comunicador, la de validador; algo similar a lo que ocurre con el corrector ortográfico de un procesador de textos, el cual nos hace sugerencias que nosotros aceptamos o rechazamos.

En cualquier caso, en menos de lo que nuestra intuición es capaz de anticipar, será rutinario consultar con este tipo de sistemas, porque para estar ahí no necesitamos ordenadores perfectos, sino lo suficientemente buenos para reducir los errores que cometemos hoy. Dicho de otra forma, lo importante no es cuánto falla la máquina; lo importante es cuánto falla el humano y si la tecnología es capaz de mejorarlo. Así, no es difícil imaginar un futuro cercano en el que sea mala praxis no consultar con los sistemas expertos.

Cada vez más, las máquinas pueden tomar decisiones, pero sólo los médicos pueden juzgar; por eso es probable que en no demasiado tiempo nos encontremos en un escenario en el que con naturalidad nos movamos entre la “fiabilidad” de las máquinas y la “confianza” en los humanos.

## Septiembre

19. ADECUAS: Un instrumento para evaluar la idoneidad de procedimientos clínicos y mejorar la Seguridad del Paciente (16-09-2019)

**José L. Valencia Martín. Especialista en Medicina Preventiva. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Coordinador del Proyecto ESHMAD (Seguridad del Paciente en Hospitales de Madrid)**

ADECUAS: Un instrumento para evaluar la idoneidad de procedimientos clínicos y mejorar la Seguridad del Paciente



D. José L. Valencia Martín. Especialista en Medicina Preventiva. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Coordinador del Proyecto ESHMAD (Seguridad del Paciente en Hospitales de Madrid)



### Sección: Firma invitada

Cuando hablamos de seguridad del paciente, solemos pensar en los errores de los profesionales en la realización de un procedimiento, o en los fallos del sistema, que facilitan o no son capaces de evitar dichos errores. Sin embargo, cualquier intervención sanitaria, por simple que sea, puede comprometer la seguridad del paciente, por lo que considerar previamente su adecuación debería ser el paso previo a cualquier política o intervención que pretenda mejorar la seguridad del paciente.

Así, antes de realizar cualquier procedimiento clínico deberíamos considerar 3 aspectos clave, idealmente en este orden: ¿es seguro?; ¿es efectivo (no sólo eficaz)?; ¿es coste-oportuno? Sólo respondiendo a estas preguntas podremos determinar el balance de beneficios y riesgos, en definitiva, si es una buena idea llevar a cabo dicha práctica. Sin embargo, no siempre consideramos que hacer algo que no aporta un beneficio neto (riesgos que superan claramente los beneficios potenciales) podría constituir una amenaza para la seguridad del paciente.

Las políticas institucionales deberían incluir herramientas de soporte para apoyar la toma de decisiones basadas en la evidencia y evaluar los procedimientos clínicos que realizamos. Enfocar estos aspectos como una tarea exclusiva de expertos y/o gestores, sin la implicación y concienciación de los profesionales sanitarios puede frustrar buena parte de estos esfuerzos. Cualquier organización sanitaria requiere incorporar formación sobre

habilidades e instrumentos para la toma de decisiones en cada entorno clínico, así como una supervisión y rendición de cuentas sobre las prácticas realizadas, dentro del equipo y a nivel organizacional.

Puedes ver el documento-resumen del Día Mundial de la Seguridad del Paciente pinchando [aquí](#)

## 20. Dar un giro de 360º a la Seguridad del Paciente (17-09-2019)

**Ana Rodríguez Cala. Directora de Estrategia y Responsabilidad Social Corporativa del ICO. Vocal de la Junta Directiva de SEDISA y responsable del Comité de RSC**

### Sección: En Directivos

Dar un giro de 360º a la Seguridad del Paciente



Dña. Ana Rodríguez Cala. Directora de Estrategia del Institut Català d'Oncologia. Vocal de la Junta Directiva de SEDISA y responsable del Comité de Ética y RSC  
@AnaRodriguezC11



La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) lleva a cabo un estudio (2019) con el objetivo de obtener una visión 360º sobre la Seguridad del Paciente con la finalidad de ayudar a marcar y desarrollar acciones en el futuro y obtener recomendaciones de trabajo desde una perspectiva global, teniendo en cuenta las percepciones y necesidades de todos los implicados. Se realizó un sondeo anónimo, de forma digital, partiendo de la adaptación de un sondeo europeo realizado por la compañía Becton Dickinson. En el sondeo participaron 1.650 personas, 1.173 profesionales (directivos, responsables de la calidad, farmacéuticos y profesionales sanitarios) y 477 pacientes. La edad media de los participantes fue de 30-60 años y hubo representación de hospitales públicos y privados.

### Resultados de profesionales

- En cuanto a la definición de la Seguridad del Paciente, el 49% de los profesionales responde “Planificación de medidas para garantizar la seguridad en todo el proceso asistencial y el 50% “Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable”.

- El 60% de profesionales afirma tener plan de Seguridad del Paciente en su comunidad, el 64% conoce el plan y el 44% afirma que el documento es accesible para los pacientes.
- Según los profesionales los principales retos en seguridad del paciente son: generar cultura, implementar nuevas herramientas y minimizar los riesgos.
- Siete de cada diez participantes afirman tener un comité de seguridad cuya composición es multidisciplinar, más de la mitad (65%) indican que no hay sanciones relacionadas con la seguridad y una gran mayoría (82%) considera que los datos sobre seguridad afectan a la reputación del hospital.

Ocho de cada diez profesionales afirman que el plan se actualiza y el 87% afirma que tienen mecanismos para realizar seguimiento periódico.

### Resultados de los pacientes

- El 48% de los pacientes se declina por la definición “Planificación de medidas para garantizar la seguridad en todo el proceso asistencial”.
- Solo el 10% de los pacientes sabe que su hospital trabaja la seguridad del paciente.
- Nueve de cada diez pacientes afirman que su hospital no le ha pedido nunca opinión sobre algún aspecto relacionado con la seguridad del paciente. (Recordemos que el 44% de los profesionales afirma que existe un documento sobre Seguridad del Paciente y que es accesible a los pacientes).
- Los retos priorizados por los pacientes son: implementar nuevas herramientas y medidas, generar cultura y minimizar los riesgos. El 85% de los pacientes considera que si los hospitales contasen con ellos sería más fácil conseguir estos retos.
- El 87% de los pacientes decidiría por un hospital u otro por ser mejor en Seguridad del Paciente.
- Más de la mitad de los pacientes consideran que los circuitos para interponer una demanda relacionada con la seguridad del paciente no es la más adecuada y una gran mayoría (82%) considera que esto afecta a la reputación del centro, (similar al de los profesionales 84%).

## Discusión/Conclusión

Ante estos resultados, planteamos que las estrategias de mejora de los hospitales se enfoquen a introducir un cambio en la cultura de los centros sanitarios que debe apoyarse en una mayor implementación de los planes, en incorporar nuevas herramientas y medidas para aumentar la seguridad del paciente, que la participación sea más real y que se haga difusión de los resultados.

Como vemos, la seguridad del paciente está condicionada por el entorno y debemos pensar en términos de sistemas sanitarios en lugar de en términos de errores individuales; solo así, podremos incluir la seguridad del paciente dentro de las estrategias de calidad de las instituciones sanitarias. Aunque los gestores y los profesionales sanitarios aseguran que los pacientes están en el centro del sistema, la realidad está todavía lejos de esta afirmación.

Puedes ver el documento-resumen del Día Mundial de la Seguridad del Paciente pinchando [aquí](#)

## 21. Buenas prácticas para generar valor en el proceso asistencial (18-09-2019)

### Carina Escobar. Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)

Buenas prácticas para generar valor en el proceso asistencial



Dña. Carina Escobar. Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)



### Sección: Firma Invitada

Para muchos pacientes, hablar de políticas de seguridad en los procesos asistenciales resulta un término confuso y muy alejado de la gestión de su enfermedad. Esa falta de información sobre el ámbito de la seguridad en este tipo de procesos hace que en muchas de las políticas que se diseñan no se alcancen los objetivos previstos. Si nos dejamos fuera de la ecuación a los destinatarios de esas políticas, es decir, a los pacientes, perdemos efectividad.

Si queremos alcanzar unos estándares óptimos de seguridad, debemos contar con una política de seguridad compartida que aborde todos los aspectos, construida de

manera conjunta, transversal a todas las actuaciones y sobre todo que sea capaz de medir resultados. Sin evaluación no vamos a ser capaces de identificar posibles áreas de mejora y no podemos evaluar sin contar con los pacientes.

La participación del paciente en la gestión de su seguridad ayuda a minimizar riesgos. Para avanzar en este sentido hace falta:

- Mejorar la información que se le ofrece al paciente (sobre su tratamiento, alimentación, higiene)
- Mejorar la comunicación profesional sanitario - paciente
- Mejorar e informar al paciente sobre cómo debe reportar efectos adversos/no deseados
- Mejorar la cooperación entre servicios
- Implantar medidas para la conciliación de la medicación

Tenemos un gran reto por delante que podemos abordar si colaboramos conjuntamente administración, directivos, profesionales y pacientes. Utilizar la tecnología que tenemos a nuestro alcance y una mejor gestión de los datos de los que ya disponemos puede ayudarnos a avanzar de manera exponencial. Actualmente, ya se están realizando buenas prácticas en las que se produce esta colaboración y que son de fácil implantación, gracias a foros como éste podemos compartirlas.

Puedes ver el documento-resumen del Día Mundial de la Seguridad del Paciente pinchando [aquí](#)

## 22. Iniciativas del AQuAS en Seguridad del Paciente (19-09-2019)

### Montserrat Moharra. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). @mmoharra

Iniciatives del AQuAS en Seguretat del Pacient



Dña. Montserrat Moharra. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) @mmoharra



### Sección: Firma Invitada

En el contexto de la seguridad del paciente las estrategias

dirigidas a identificar aquellas prácticas médicas en las que no hay evidencias sobre su efectividad, los riesgos superan los beneficios o son inefectivas y sin beneficio para el paciente son relevantes para evitar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento. Estos pueden conllevar también problemas éticos en el sentido del uso de recursos innecesarios que podrían estar siendo utilizados en otros tratamientos y recursos necesarios.

Para ello, es importante impulsar la participación de los pacientes y sus familias en los procesos de toma de decisiones compartidas relacionadas con la salud y mejorar el grado de conocimiento y la percepción que los pacientes tienen sobre los riesgos, además de reducir los conflictos de comunicación. El modelo de toma de decisiones compartidas puede ayudar también a reducir el sobrediagnóstico y el sobretratamiento puesto que cuando los pacientes están bien informados sobre beneficios y riesgos de las diferentes opciones de tratamiento disponibles, estos escogen las opciones más conservadoras.

La Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña lidera dos iniciativas: Esencial y Decisiones Compartidas. Ambas tienen como objetivo, por una parte, identificar e implementar prácticas innecesarias o de poco valor clínico y, por otra, impulsar el cambio de modelo relacional entre profesionales de la salud y pacientes impulsando herramientas web de ayuda a la toma de decisiones compartidas.

Puedes ver el documento-resumen del Día Mundial de la Seguridad del Paciente pinchando [aquí](#)

## 23. Seguridad del Paciente y digitalización desde la perspectiva de la Economía de la Salud (20-09-2019)

**Alvaro Hidalgo. Economista de la Salud. Presidente de la Fundación Weber**

Seguridad del Paciente y digitalización desde la perspectiva de la Economía de la Salud



D. Alvaro Hidalgo. Economista de la Salud.  
Presidente de la Fundación Weber



La seguridad del paciente es un elemento esencial en la gestión adecuada de los sistemas nacionales de salud. Además de ser básica en la propia concepción del sistema nacional de salud, ya que el objetivo de todo sistema debe ser restaurar la salud de los pacientes e intentar mejorar su calidad de vida. Por este motivo, evitar que las actuaciones sanitarias produzcan daños en la salud de los pacientes debe ser una de las prioridades máximas de todo sistema. En este sentido, la digitalización y el RWE son herramientas que pueden ayudar a reducir estos fallos a incrementar la seguridad de las actuaciones médicas.

Por otro lado, un sistema seguro es un sistema eficiente. Los costes de la no seguridad son muy elevados como han puesto de manifiesto numerosos estudios. En este sentido, los costes de la iatrogenia debida a errores médicos específicos, a efectos adversos de los medicamentos o a complicaciones quirúrgicas han sido estimados, sobre todo para EEUU. Una aproximación de los costes de los efectos adversos prevenibles debidos a errores médicos en los hospitales americanos, que incluye los costes indirectos no sanitarios de pérdida de productividad, es de un coste total de entre \$17,000 y \$29.000 millones<sup>1</sup>. Representaba el 4.8% del gasto sanitario per capita en esos estados. La mitad aproximadamente eran gastos sanitarios. Desde la publicación en 1999 de *"To Err is Human"*<sup>2</sup>, obra de referencia en este sentido, se advierte que el enfoque de evaluación de los costes de la seguridad del paciente ha de ser amplio, ya que una parte importante de las consecuencias de la no seguridad se materializa en costes indirectos (pérdida de productividad) o intangibles. Extrapolando los resultados de un estudio sobre costes de los efectos adversos de los medicamentos<sup>3</sup>, el coste global de los costes prevenibles, se estimó en los noventa en los EEUU en unos \$2,000 millones<sup>2</sup>.

Uno de los causantes de mayores costes de la iatrogenia son los tratamientos farmacológicos que causan efectos adversos frecuentes han sido medidos desde hace décadas. Una revisión sistemática<sup>4</sup> del coste de los efectos adversos de los medicamentos (EAM), basada en 31 estudios observacionales de calidad (1995-2015) estima que los EAM tienen un coste directo ambulatorio entre €702 y €40,273, y un coste directo hospitalario entre €943 y €7,192. La mayor parte de los estudios siguen longitudinalmente a los pacientes. En muchos casos, se producen hospitalizaciones debidas a los EAM, que tienen un coste; en otros casos, son pacientes hospitalizados que sufren EAM durante la hospitalización.

Uno de los artículos incluidos en la revisión es un estudio

**Sección: Firma Invitada**

de cohortes retrospectivo para España<sup>5</sup> con seis años de seguimiento (2001-2006), de pacientes ambulatorios que han de hospitalizarse por EAM de cualquier tipo de medicamento, estiman un coste directo medio de los EAM de 4,910€. Según este estudio, basado en datos de CMBD, el número total de pacientes hospitalizados con diagnóstico de EAM en esos seis años fue 350,835 (1.69% de todas las admisiones en hospitales de agudos de España). Por otro lado, un estudio de los costes de eventos adversos hospitalarios para España, con datos de CMBD 2008-2010<sup>6</sup> estima el coste incremental total de los eventos adversos en España en 88.268.906€ un 6,7% adicional del total del gasto sanitario.

Otra fuente de costes de la no seguridad son los pacientes críticos ingresados en la UCI, ya que en este tipo de pacientes es frecuente la sobrecarga de fluidos (Fluid Overflow, FO) en las infusiones por vía venosa. Según un estudio de cohortes con casi 64,000 pacientes en EEUU<sup>7</sup>, la FO conlleva peor pronóstico, mayor mortalidad, readmisiones y prácticamente duplica el coste de la hospitalización total y en la UCI, con un sobre coste medio de \$15,344 y \$5,243 respectivamente.

Otro elemento crucial en la seguridad del paciente son las intervenciones quirúrgicas. En este sentido, las complicaciones quirúrgicas tienen costes elevados, sobre todo en determinados procedimientos como los de traumatología, en los que en EEUU hasta un 25% de los pacientes sufre al menos una complicación seria, que supone un incremento de coste a más del doble (220%, mediana de 40,505\$ adicionales por paciente)<sup>8</sup>. También la cirugía oncológica es responsable de daños a los pacientes, monitorizados en EEUU mediante los indicadores de seguridad del paciente, entre los que se cuenta el 2.58% de casos de fallo respiratorio, que resulta en un aumento del coste superior al >50% para el conjunto de la cirugía oncológica<sup>9</sup>. El 0.9% de los pacientes sometidos a colecistectomía sufren lesiones del conducto biliar como consecuencia de la intervención, con un coste estimado entre 473,690 y 608,789 EUR por millón de habitantes<sup>10</sup>.

Del mismo modo, el uso inapropiado de pruebas de imagen, que acaba generando una cascada de tests diagnósticos, también expone innecesariamente a los pacientes a riesgos innecesarios con un fuerte impacto en los costes. Esta práctica es particularmente frecuente en caso de dolor de espalda. Un estudio de cohortes retrospectivo sobre el uso fuera de indicación de resonancia magnética para dolor de espalda de origen laboral para EEUU<sup>11</sup> concluye que el riesgo de que el

paciente reciba intervenciones innecesarias y costosas tras la resonancia no indicada inicial, incluso quirúrgicas, es entre 6.5 y 55 veces el del grupo de pacientes al que no se hace la resonancia. Por el hecho de hacer la RM antes de lo indicado, el coste medio por paciente aumenta en unos \$4,000 comparado con el de la RN en el momento indicado, para los casos más severos (unos \$3,000 para los casos menos severos).

Todos estos ejemplos pueden reducirse gracias a una gestión orientada a la calidad y con la ayuda de la digitalización. Por este motivo, creo esencial concienciar a los decisores que la inversión en seguridad, calidad y digitalización tienen un alto retorno para la sociedad y para nuestro SNS.

Puedes ver el documento-resumen del Día Mundial de la Seguridad del Paciente pinchando [aquí](#)

## 24. Responsabilidad del directivo hospitalario por fallos en la Seguridad del Paciente (23-09-2019)

**Carmen González Carrasco. Consejera académica responsable de formación en Lexmor Abogados S.L.**

### Responsabilidad del directivo hospitalario por fallos en la Seguridad del Paciente



Dña. Carmen González Carrasco  
Consejera académica responsable de formación  
en Lexmor Abogados S.L.



### Sección: Firma Invitada

La responsabilidad del directivo hospitalario dentro de la estructura general de todos los regímenes de responsabilidad sanitaria (administrativa, civil y penal) se declara generalmente en vía de regreso (en el caso de la responsabilidad administrativa, solo por dolo o culpa grave), pero se caracteriza por una particularidad relevante. La misma consiste en que los litigios derivados de daños sanitarios causados por fallos en la organización hospitalaria están sometidos al único sistema de responsabilidad objetiva que concierne al ámbito sanitario: el derivado del artículo 148 del Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y su normativa complementaria, aprobado por RD Legislativo 1/2007 (TRLUCU).

Cabría preguntarse, pues, si el art. 148 TRLUCU es una norma eficiente para el conjunto del sistema sanitario, habida

cuenta de que la responsabilidad cuasiobjetiva que contempla debería representar una ventaja en forma de garantía para los pacientes de los sistemas público y privado de salud.

La respuesta a la anterior cuestión es, sin embargo, negativa. De hecho, actual sistema de responsabilidad médica por “fallos de organización o del servicio” -el aumento creciente de las condenas por responsabilidad sanitaria, en general-, genera dos tipos de costes para el sistema sanitario que repercuten finalmente en el paciente:

-Un coste directo, consistente en el propio montante de las indemnizaciones, pues:

- a) Limita las posibilidades de los centros invertir recursos en la mejora asistencial y de infraestructuras de seguridad.
- b) Es un gasto ineficiente en términos de equidad, puesto que son las clases más favorecidas económicamente la que tienen más facilidad para litigar.

-Y otros costes indirectos, consistentes en:

El coste de la medicina defensiva para los pacientes y para la sostenibilidad del sistema sanitario, la relajación de la diligencia debida propia de un sistema en el que la falta de claridad en los criterios de imputación que subyacen a las condenas judiciales no incentivan la existencia de programas de seguridad del paciente; y, el aumento de las primas y el encarecimiento del seguro sanitario, que a la postre provoca la retirada de las aseguradoras del mercado asegurador.

Todo ello repercute negativamente en el paciente a través de encarecimiento de los servicios sanitarios privados y la merma de recursos sanitarios públicos.

Llegados a este punto, cabría preguntarse qué alternativas existen para mejorar esta situación. Son básicamente de dos tipos:

1º) En algunos países se ha optado por una reforma del sistema legal que limite los supuestos y las indemnizaciones. Por ejemplo,

- Fijación legal de criterios judiciales de imputación de responsabilidad (la inseguridad jurídica relaja la diligencia y desmotiva la inversión en seguridad del paciente).

- Un baremo adecuado a las peculiaridades del daño generador de responsabilidad sanitaria (al que no son directamente exportables los criterios y cuantías del baremo de tráfico).

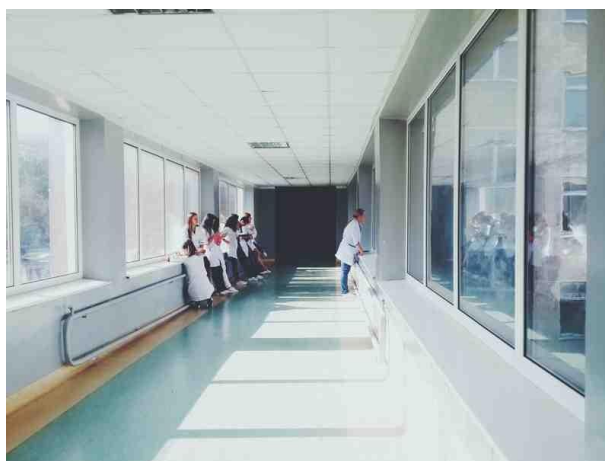
- Limitación de indemnizaciones (estrategia no importable al sistema español).

2º) La opción más eficiente pasa por la inversión, formación y desarrollo normativo en seguridad del paciente.

En relación con esto último, se hace precisa una apuesta seria por la implantación efectiva de los sistemas de seguridad del paciente previstos en la Ley 16/2003, una modificación legislativa que salve los escollos del actual sistema de notificación de efectos adversos, y una redefinición del art. 148 TRLCU, de forma que se permita expresamente la exoneración acreditando el cumplimiento de las guías y protocolos de seguridad del paciente, que deberían implantarse a modo de *compliance* en el ámbito sanitario.

## 25. Las listas de espera se pueden controlar con gestión eficaz de los recursos disponibles (30-09-2019)

**José Antonio Moreno. Presidente GIHSA Consulting**



### **Sección: En directivos**

En general, se acepta que las listas de espera aparecen cuando la demanda supera la oferta de servicios sanitarios. Serían la consecuencia de las leyes del mercado que rigen la oferta y la demanda, en situaciones de exceso de demanda, cuando el precio no interviene en su regulación. Pero también se acepta que el consumo de servicios sanitarios no se rige por las leyes del mercado. Igualmente, se sabe que en el mercado sanitario la demanda no es una variable que influya en el consumo, y que solo la oferta interviene en el mismo. Se debe a que quien decide el consumo es el propio sistema sanitario a través, fundamentalmente, de las indicaciones de los facultativos sobre el uso de los medios y recursos disponibles.



Pero si las listas de espera no son consecuencia del desequilibrio entre oferta y demanda ¿a qué se deben? ¿cuándo aparecen? ¿cómo se generan? Según los datos conocidos, y también la experiencia en la gestión de las mismas, creo que las listas de espera son consecuencia del efecto producido por el desequilibrio entre diferentes ofertas de servicios, la falta de equilibrio en la cadena asistencial de los pacientes y la anómala distribución de los recursos disponibles.

Las listas de espera son consecuencia de la existencia de cuellos de botella en el Sistema Nacional de Salud (o regional, local o institucional). Más oferta en Atención Primaria de la que puede absorber la Atención Especializada. Más oferta de consultas externas de la que puede absorber la hospitalización o la cirugía ambulatoria. Más camas que los quirófanos correspondientes. Más plantilla que puestos de atención (en urgencias) o viceversa.

Estos cuellos de botella se producen porque no se manejan los datos que permiten eliminarlos e incluso identificarlos (desenmascararlos) y, sobre todo, medirlos. Pocos gestores miden la capacidad de las unidades funcionales que gestionan. La capacidad de una consulta, un consultorio, un quirófano, un servicio de urgencia o de radiología, etc. Tampoco se mide la capacidad asistencial de los recursos humanos, cuántas consultas puede atender un facultativo en una hora o en una jornada laboral, sin sobrecarga de trabajo, con normalidad.

Además de la capacidad asistencial de los recursos disponibles, hay otro dato necesario para eliminar los cuellos de botella que se producen por estos desequilibrios en la oferta de asistencia sanitaria. Es el correspondiente al criterio diagnóstico que determina un nuevo proceso asistencial, que se hace muy difícil de manejar por la enorme variabilidad en los criterios de actuación de los facultativos. En el servicio de oftalmología del hospital concreto, por ejemplo, ¿cada cuántas primeras consultas se hace la indicación de intervención quirúrgica por cataratas? Conocido este dato y la disponibilidad de quirófano para ello, se eliminará el cuello de botella y la lista de espera correspondiente, ajustando las horas de consulta y de quirófano.

La lista de espera es una especie de reservorio de pacientes, cuyo depósito tiene una entrada y una salida. Generalmente, se suele actuar en la salida, aumentando la actividad, es decir la oferta de servicios (peonadas, conciertos, horario de tarde, etcétera). Está demostrado que la oferta de servicios estimula el consumo. Si aumenta la oferta el consumo crece más que proporcionalmente y

en lugar de disminuir, las listas de espera crecen.

Para controlar las listas de espera hay que actuar en la entrada, es decir que es preciso disminuir el número de enfermos que engrosan esa lista de espera. Esto puede parecer poco recomendable desde el punto de vista ético, pero no lo es, pues al final del proceso el número de casos resueltos crece y la salud de la población y la calidad de vida de la población enferma mejoran. Se trata de utilizar todos los recursos disponibles más inteligentemente, distribuyéndolos mejor, eliminando desajustes y cuellos de botella. Cuando el profesor Palacios era Subsecretario de Sanidad, con su exquisita cordialidad nos recibió a mi jefe (el Sr. Obispo de la MIA del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona) y a mí, que íbamos a pedirle ... justicia. A la salida el Sr. Obispo le dijo: profesor Palacios, justicia diferida igual a injusticia. Por el mismo motivo, ¿de qué sirve diagnosticar si no se puede curar?

Conocer la capacidad de las unidades funcionales y las cargas de trabajo de los facultativos, sus tasas de rendimiento y los criterios diagnósticos o datos estadísticos de las indicaciones para ingreso en las listas de espera de los facultativos. Conocer con precisión las dimensiones de todos los recursos disponibles, materiales y humanos. Manejar herramientas de ajuste de las diferentes capacidades asistenciales de las unidades funcionales que intervienen en un mismo proceso asistencial y tomar las decisiones de ajuste pertinentes. Las listas de espera quedarán controladas. Esta metodología de trabajo, aplicada con un liderazgo inteligente y participación de los facultativos implicados, ha conseguido que las listas de espera quedaran bajo control.

## Octubre

---

26. La cita anual de los directiv@s de gestión económica y servicios (03-10-2019)

**José Manuel Pérez Gordo. Tesorero de SEDISA y presidente del Foro Sanitario de Directivos e Gestión Económica y Servicios Generales**

#IIDirectivosGestion



**Sección: En Directivos**

Granada acoge la que es ya la cita anual de ámbito nacional que reúne a profesionales del Área Económica y Servicios, como un punto de encuentro para los profesionales de esta Área de Gestión Sanitaria con el fin de compartir sobre experiencias novedosas de gestión y analizar puntos clave en la actualidad de nuestra labor profesional diaria. Para ello, el III Foro de Directiv@s de Gestión Económica y Servicios girará en torno a conocer nuevas tendencias en la gestión de compras, como la compra por resultados, la compra de biosimilares y los modelos dinámicos de contratación, así como experiencias de gestión innovadora, como la participación del paciente en la gestión hospitalaria, el coste por paciente como herramienta para la gestión y el impacto de recomendaciones de 'no hacer'.



Vamos creciendo en asistencia y es que en esta edición seremos más de 100 directivos de gestión de toda España, unidos por el deber de conocer experiencias, compartir conocimiento y este año, más que nunca, alargar el contacto y el trabajo entre foro y foro. De esta forma, además de las intervenciones, debates y exposición de experiencias de éxito en gestión innovadora, contaremos con la organización de grupos de trabajo sobre Tecnología, Compras, Financiación/ Costes, Servicios Generales y Entorno, en los que los asistentes analizarán y consensuarán los retos y líneas de trabajo más prioritarias que los directivos de gestión deben llevar a cabo como profesionales que ejercen una gran aportación de valor a las organizaciones sanitarias en las que desempeñan su labor profesional y al sistema sanitario en general.

Sin duda, la figura de los directivos de gestión en las organizaciones sanitarias es imprescindible en el funcionamiento de los centros sanitarios y en la



**PRESIDENTE:**

D. José Manuel Pérez Gordo.

**COORDINADORES:**

D. Pedro Izquierdo. Director de Gestión del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

D. Emilio Camino Fernández. Director de Recursos Económicos del Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña

D. Jorge Carbonell Iborra. Director Económico del Departamento de Salud, Valencia-Dr. Peset

D. José María Mateos Gautier. Director de Gestión del Área de Gestión Sanitaria Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera

D. Miquel Arrufat. Director de Gestió al Institut Català de la Salut

Dña. Raquel Beltrán. Directora de Gestión del Hospital de Guadarrama

consecución de los objetivos de éstos. Sus funciones -entre otras, en el ámbito de la gestión económica, logística, aprovisionamiento y servicios generales- les convierten en un directivo esencial y muy dinámico en su ámbito de competencias.

El éxito del Foro se debe en gran parte al trabajo realizado por los coordinadores del mismo, que ejercen una importante labor en la Gestión Económica de organizaciones en distintas comunidades autónomas.

Además de las mesas sobre nuevas tendencias en la gestión de compras y sobre experiencias de gestión innovadora y los grupos de trabajo, el programa cuenta con una conferencia de Jose Antonio Miranda, Director General de Gestión Económica y Servicios del Servicio Andaluz de Salud (SAS), que hablará de la influencia del entorno macroeconómico y presupuestario que influye en el trabajo del directiv@ de Gestión Económica, y con la intervención del conferenciante y escritor Francisco Alcaide, autor del *best seller* 'Aprendiendo de los mejores'.

## 27. Juan Rodríguez Gil recibe el Reconocimiento a la Trayectoria del Director de Gestión Económica (07-10-2019)



### Sección: Sedisa News

Una larga trayectoria de desarrollo profesional -desde botones hasta Director de Gestión en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid-, caracterizada por la profesionalidad, la dedicación y el compromiso, y los principios y valores que han estado presentes en su vida laboral y personal se han hecho valedores del primer Reconocimiento a la Trayectoria del Director de Gestión Económica, realizado a Juan Rodríguez Gil en el III Foro de Directiv@s de Gestión Económica y Servicios, que la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) ha celebrado en Granada.

Juan Rodríguez Gil comenzó a trabajar en la Fundación Jiménez Díaz como botones cuando solo tenía 12 años y solo en tres años -en 1960- pasó a la administración con la categoría de “aspirante administrativo”. Formación y perseverancia hicieron que a los dos años le ascendieran a “auxiliar administrativo” y a los tres a “oficial administrativo”, para pasar en 1967 a dirigir el Departamento de Facturación y Caja. Subjefe Administrativo y Jefe del Departamento Administrativo son los cargos por los que pasa desde entonces hasta ser Director Adjunto de la Fundación Jiménez Díaz en 1989. Durante esos años, formar parte de la Comisión Negociadora del Convenio Colectivo de Empresa, gestionar una quita de deuda y pasar del pago por estancia al pago por proceso como sistema de pago novedoso son solo algunos retos a los que el galardonado se ha enfrentado durante su trayectoria profesional en el área de Gestión Económica.

Además, Juan Rodríguez Gil ha trabajado para SEDISA y la Fundación SEDISA de forma continuada desde su creación. En la actualidad, es secretario de la Fundación, donde desempeña labores de administración y gestión y refleja la profesionalidad, principios y valores presentes en su vida

profesional. “Tengo mucho que agradecer y a muchas personas que me han ayudado a lo largo de todos estos años, pero ahora que estoy jubilado, se agradece especialmente tener amigos y personas que te consideran y te demuestran su amistad cada día”, afirma Juan Rodríguez Gil, quien agradece especialmente al presidente de SEDISA y Fundación SEDISA, Joaquín Estévez Lucas, al presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), Jesús Sanz Villorejo, y al tesorero de SEDISA, José Manuel Pérez Gordo, así como a las Juntas Directivas de ambas sociedades y al patronato de la Fundación SEDISA, el apoyo y amistad mostrados.

## 28. #PremiosBSH, ¿Qué ofrecen de nuevo al sector? (14-10-2019)

### Toni Hidalgo. CEO Higia Benchmarking SL



### Sección: Firma Invitada

“¿Otros premios? No, por favor”. Quizás este sea un pensamiento bastante generalizado en el ámbito de la gestión sanitaria, y es que ante la aparente saturación de premios otorgados a profesionales, instituciones, o a proyectos relacionados con avances e innovaciones sanitarias, tenemos la sensación colectiva de que todo esto es solo un escaparate, algunos directamente lo clasifican como “estrategia de marketing”. ¿Lo es? ¿El único objetivo de entregar unos premios es hacer publicidad?

Una entrega de premios tiene evidentemente un impacto mediático, en ocasiones este impacto mediático es lo que confiere visibilidad a los premios, ya que la prensa y los equipos de comunicación de los hospitales ejercen su profesión difundiendo y expandiendo noticias, y hacen bien su trabajo. Este no es el problema, sino la consecuencia lógica.

Desde mi punto de vista, formarse una opinión al respecto de cualquier cosa, requiere un primer paso que es

documentarse con la información suficiente para analizar, con espíritu crítico y constructivo, qué hay detrás. Resalto “constructivo” porque considero que ser destructivo por vocación no contribuye ni a la mejora, ni al aprendizaje.

La motivación de los Best Spanish Hospitals Awards (#PremiosBSH) es construir un espacio transparente de competencia positiva en resultados de calidad asistencial, gestión clínica, adecuación y eficiencia, en la provisión de servicios de salud en hospitales españoles, tanto públicos como privados.

El objetivo principal de los #PremiosBSH es ofrecer a los hospitales participantes una información útil que les ayude a mejorar sus resultados objetivos en gestión clínica. Para que esto sea posible se necesita, como base, transparencia, tanto en las metodologías como en poder explicar los “casos de éxito” concretos que se van identificando en los hospitales Benchmark por cada grupo y proceso asistencial.

¡Sean transparentes, por favor! Desde el “ocultismo” no es posible mejorar ni aprender.

### **Propuesta de valor**

Unos premios en gestión clínica y sanitaria deberían poder aspirar a ser algo más que un evento anual de fiesta para los galardonados, tienen que ser un motor para el cambio.

En el caso de los #PremiosBSH, se está proponiendo un proyecto más ambicioso, basado en que los profesionales con responsabilidades en gestión sanitaria no sólo tengan una lista de indicadores que les alerten de ciertas desviaciones desfavorables en tal o cual proceso clínico, sino que, sobre todo, puedan participar en una red colaborativa de “colegas” con los que intercambiar conocimiento. ¡El conocimiento es de las pocas cosas que cuando se comparte, crece!

Esta es la propuesta de valor de los #PremiosBSH, consolidar una red participativa de profesionales de la gestión sanitaria. El proyecto de red de benchmarking está inspirado en el concepto “open source”, en cuanto a dos características principales:

- Es de acceso libre, gratuito, para todos los hospitales españoles: Participar en la red de hospitales en Benchmarking Sanitario 3.0 (BS3) y en los #PremiosBSH no tiene coste para el hospital, ya sea público o privado, grande o pequeño.
- Las metodologías son más que transparentes: No sólo se pone a disposición de los hospitales participantes toda la información que necesitan

para validar las metodologías y sus resultados, sino que sobre todo, se facilita que se puedan aportar potenciales mejoras en la selección de los indicadores para aplicar en lo sucesivo. El método en sí mismo también es de mejora continua, ¡no es un dogma de fe!

### **Resultados y metodologías**

En los #PremiosBSH se han analizado 250 indicadores distribuidos en 9 categorías, en resultados de gestión sobre el total de la casuística, en 8 áreas clínicas, y en una décima categoría “Global de resultados” evaluada mediante la combinación estadística del resultado de todos los indicadores ajustados de cada hospital.

Información más amplia está disponible en la web de los #PremiosBSH (<http://premiosbsh.es>), donde se publicará también, progresivamente en días posteriores al evento de la entrega de galardones, un informe detallado de los procesos clínicos estudiados, listado completo de indicadores, y resultados analizados por grupos de hospitales respecto de los centros Benchmark en cada categoría.

De manera más personalizada, todos los hospitales participantes van a tener acceso gratuito, mediante la plataforma de BS3, a los resultados que han obtenido en la evaluación de cada una de las 10 categorías, de manera que su posicionamiento respecto a su grupo de hospitales les pueda ayudar a reconocer sus áreas de excelencia y en qué otras áreas tienen mayor recorrido de mejora.

Por ejemplo, en el grupo de hospitales públicos de alta complejidad, los 3 hospitales Benchmark en la categoría diagnóstica de Aparato Circulatorio tienen, en conjunto, mejores resultados ajustados en los 5 procesos clínicos analizados respecto al global de su grupo de hospitales. Tienen diferencias favorables, estadísticamente significativas, en los indicadores de:

- Mortalidad, un 4% inferior a la esperada tras ajustar por riesgos.
- Reingresos, un 12% menos que los esperados.
- CMA (Cirugía sin ingreso), un 10% más que la media ajustada.

Poder conocer cuáles son estos 3 hospitales y saber el impacto de la diferencia que tiene mi hospital cuando me comparo con ellos en estos resultados, me da pistas sobre la relevancia de establecer objetivos de mejora. Pero es participar en una red de benchmarking, que me facilita compartir experiencias con estos hospitales, lo que me

puede ayudar definitivamente a tomar mejores decisiones globales en gestión clínica.

### **Compromisos para el futuro**

Sirve de poco una prueba piloto que no se evalúa. Serviría lo mismo esta primera edición de los #PremiosBSH si los organizadores, y todos los participantes, no hiciéramos un ejercicio de reflexión sobre lo ocurrido y sobre lo que se propone para el futuro.

Nadie quiere que los #PremiosBSH sean simplemente unos premios más, que año tras año se vayan repitiendo sin apenas cambiar nada, sin autocrítica y sin aceptar la crítica constructiva externa como elemento esencial para la mejora.

Tal y como reza su eslogan, *fair play* en la evaluación de la gestión clínica de hospitales españoles, todos los implicados esperamos que estos premios ayuden a consolidar en el sector salud una nueva manera de evaluar la calidad a través de resultados objetivos en gestión clínica, basada en valores como la participación y la colaboración, el intercambio de conocimiento y de experiencias, y sobre todo, con metodologías abiertas, transparentes. Metodologías orientadas a las necesidades de información que tenemos en nuestros hospitales, que van cambiando con los tiempos, para continuar trabajando, día a día, por la mejora de nuestro sistema sanitario.

No debemos olvidar el compromiso que tiene nuestro sector en avanzar en transparencia, en este caso en cuanto a poder saber nominalmente qué hospitales presentan candidatura en los premios. Venimos de un histórico en el que la participación anónima es requisito “sine qua non”, ¿queremos que esto siga siendo así?

Opino que el hecho de que un hospital se presente a este tipo de premios es positivo, se está haciendo algo de forma proactiva. Como mínimo la candidatura lleva implícito un espíritu competitivo ligado a una autopercepción positiva, ya que participamos con la intención de ganar porque creemos que podemos ganar, porque estamos haciendo las cosas bien.

Entonces, que mi hospital esté en un listado de hospitales participantes, independientemente de que esté o no entre los 3 finalistas, ya es una declaración de intenciones: mi hospital está allí donde sea que se encuentren las herramientas que me permitan mejorar mis resultados.

En definitiva, es una cuestión de actitud, ya que participamos con ambición ganadora, ¿por qué no ponerlo en valor? A modo de reflexión, me planteo que si consideramos que participar en los procesos de cambio y de mejora es un orgullo ¿por qué no lo mostramos? Así, independientemente de ser ganador o no serlo, ser participantes ya nos hace mejores, tal vez así, la gloria no es sólo para los Benchmarks.

## **29. ¡La gestión también salva vidas! (18-10-2019)**

**Fco. Javier Valbuena Ruiz. Socio de SEDISA y Presidente de la Fundación Pondera**



### **Sección: En Directivos**

Pudiera parecer esta una afirmación que requiriera entrar en detalles, en explicaciones minuciosas para, finalmente, que nuestro interlocutor aseverase al unísono con nosotros: “Efectivamente, la buena gestión también salva vidas”.

Me permitirán que les cuente una historia, que no un cuento. Hace algunos años se pusieron en contacto conmigo responsables de una organización médica de cooperación internacional; una organización que había desarrollado y desarrolla una tarea ingente y de un valor incalculable en un hospital del África subsahariana cuyo nombre tengo a buen recaudo en lo más hondo de mi corazón. Esta organización, con su trabajo sistemático y perseverancia de algunos de sus miembros ha alcanzado importantísimos logros en el área de la cirugía. La razón por la que picaron a la puerta de un humilde gerente de hospital no fue otra que la imperiosa necesidad de un análisis pormenorizado desde los ojos de la gestión de dicho centro hospitalario. Una gestión que pudiera garantizar la continuidad del mismo, ya que la organización médica estaba dispuesta a realizar importantes inversiones, pero precisaban tener la seguridad de que las mismas alcanzarían el final de su amortización, y no se iban a volatilizar por las inclemencias organizativas, o los

vendavales administrativos, o las tinieblas y la oscuridad de la noche burocrática.

La realidad es que hay hospitales en territorios vulnerables con graves dificultades que no pueden sostenerse o mantener al día sus altísimas demandas debido a la falta de apoyo continuo en alta dirección. La gestión es la gran olvidada en la cooperación, y sin embargo es imprescindible para garantizar unos servicios eficientes y sustentables. La escasa inversión en gestión tiene un gran impacto social en entornos muy vulnerables que sufren altas carencias. Esta situación es perfectamente reversible. Con la mochila repleta de ilusión, y una cierta dosis de atrevimiento, a muy pocas horas de vuelo de nuestra querida Europa me encontré con una realidad, la del 80% de nuestro planeta, que como mínimo interpelaba constantemente mi quehacer en el ámbito de la gestión. En tan sólo 10 días realicé un análisis del entorno e interno del que emanó un posterior Plan Estratégico de Gestión que desde hace varios años ha cambiado la vida de ese hospital, pero no solamente la del funcionamiento del centro sanitario, sino que ha cambiado efectivamente la vida de todas las personas que a él acuden en busca de una asistencia sanitaria que no podrían encontrar en ningún otro lugar de ese país. Después de 15 años en gestión sanitaria, por primera vez, podía constatar en el acto cómo las decisiones tomadas en el ámbito de la gestión afectaban de forma instantánea a la vida de las personas, como la gestión salva vidas. Sin ambigüedad, sin eufemismos, ni siquiera es necesario utilizar la palabra “también” para referenciarlos a otras actividades sanitarias que sin ninguna duda salvan vidas a diario.

Los años pasan y ahora desde el área de cooperación internacional de SEDISA (articulada por medio de la Fundación Pondera) estamos atendiendo a nada menos que seis hospitales y una población total de 1.106.000 habitantes (más o menos como el Principado de Asturias, Extremadura o las Islas Baleares). Hacemos que las entidades de gran impacto social existentes, principalmente hospitales, funcionen. Tomamos medidas estratégicas conjuntamente con los socios locales in situ. Luego, les facilitamos profesionales pro bono, alianzas eficaces y proveedores comprometidos a largo plazo. Esto es extremadamente rentable y puede aumentar exponencialmente los resultados en aquellas comunidades globales más necesitadas.

Desde la Fundación Pondera nos permitimos acercarnos hasta tu conciencia social, hasta tus sentimientos más profundos de humanidad, hasta la intimidad de tu ética,

para que nos ayudes a continuar trabajando por la equidad, por la eficiencia, por la eficacia y por la humanización de la salud en lugares donde solo mencionar estos cuatro elementos o hablar de sostenibilidad, es asumir un riesgo incluso para la integridad física de las personas e instituciones. Hazte socio, es un primer paso, es una forma importantísima de mantenerte informado y al tanto de todas nuestras iniciativas. Estoy completamente seguro de que tu compromiso con nuestra misión te aportará grandes satisfacciones. Puedes encontrar más información en nuestra web: [www.fundacionpondera.org](http://www.fundacionpondera.org) Aportamos innovación y talento en territorios vulnerables para generar valor en entidades con gran impacto social.

En breve iniciamos una nueva colaboración, esta vez nos dirigimos al segundo país más pobre del mundo, un nuevo reto, un nuevo proyecto...la mochila repleta de ilusión y una cierta dosis de atrevimiento...

### 30. Expedición de la Fundación Pondera en la República Democrática del Congo en el Hospital Kipuki (21-10-2019)

**Fco. Javier Valbuena Ruiz. Socio de SEDISA y Presidente de la Fundación Pondera**

#### **Sección: En Directivos**

Desde que salimos de Madrid hemos tardado tres días en llegar finalmente al Hospital Kipuki. Han sido más de 20 horas en coche, de las cuales 15 han sido por unos caminos infernales donde todo el terreno se quedaba atrapado en el lodo.

Hemos estado todos estos días conociendo en profundidad la realidad asistencial del Área de Salud de Kafakumba, algunos datos que creo pueden ser significativos:

Su tamaño es similar a todo Euskadi, tiene una población de 285.000 habitantes; existen 14 centros de salud repartidos por todo el territorio. En dichos centros de salud no hay personal sanitario, solo alguna persona del lugar que ha recibido algún mínimo tipo de adiestramiento en el manejo de patología básica y cuidados.

El hospital Kipuki es el Hospital General de Referencia para toda el área sanitaria. En República Democrática del Congo está catalogado como de segundo nivel. El hospital de referencia de primer nivel está a 800 kilómetros y las 20 horas que hemos tardado en llegar.

Nuestro hospital cuenta con 76 camas, un quirófano y un paritorio. No tiene agua corriente, no tiene electricidad, por consiguiente, todo el equipamiento que podamos imaginar y sea eléctrico, no dispone de él.

En cuanto a personal, la situación apunta en la misma dirección: un médico. Efectivamente, no ha habido ningún error, de forma que un único médico atiende toda esta área sanitaria desde el Hospital Kipuki; dos enfermeras y ahí se termina el personal con estudios. El resto de personas asistenciales, 15 personas, han sido instruidos con la práctica diaria con estos profesionales.

Creo que es fácil hacerse una idea de la situación con estos datos. Estamos realizando un análisis detallado con el objetivo de realizar un plan estratégico que nos oriente en todas las acciones que hay que acometer para convertir este hospital de referencia en un centro que, al menos, tenga la capacidad de resolver patología básica de forma satisfactoria. Las muertes por falta de medios son incesantes y, por desgracia, como siempre, los más débiles son los que más las padecen, los niños.



Todo el Equipo Directivo del Hospital Kipuki de Kafakumba



Directora del Hospital Kipuki de Kafakumba, la hermana Madeleine Aridja

## 31. Retos y aportaciones del Big Data y la Inteligencia Artificial a la Gestión Sanitaria (25-10-2019)

Sección: SEDISA News

Para ver el vídeo completo del Foro: [Vídeo Foro ALSEDISA Big Data](#)

Que la innovación digital, el Big Data y la Inteligencia Artificial pueden aportar grandes beneficios a la calidad y la eficiencia desde el punto de vista de la Gestión Sanitaria es indudable. Sin embargo, se trata de algo de lo que todo el mundo habla pero que nadie sabe cómo implementar de forma global y estratégica. ¿Por dónde empezar? ¿Qué recursos necesito? ¿Qué barreras debo superar?

Son solo algunas de las preguntas que puede plantearse un directivo de la salud en el momento de desarrollar estrategias de transformación digital y de utilización estratégica del análisis de datos y del Big Data. Para [Julio Mayol](#), director médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, y participante ayer en el Foro ALSEDISA de Actualización sobre Big Data e Inteligencia Artificial, organizado por el Comité de Antiguos de SEDISA (ALSEDISA), el primer paso en una organización sanitaria es “saber cuáles son los datos claves que se deben medir y cuáles son las herramientas necesarias para medirlos. Por supuesto, además, la implementación requiere de

personas, recursos económicos y reglas y combatir y superar dos grandes retos: el tiempo y la confianza". Y es que la innovación digital tiene que ver sobre todo con cómo pensamos, de forma que lograr superar estos retos y trasladar la transformación digital a la cultura organizativa es fundamental.



De izqda. a dcha.: Julio Mayol, director médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Gloria Torralbo, presidenta del Comité de Antiguos Alumnos de SEDISA (ALSEDISA), Paloma Barja, vocal de la junta directiva de ALSIEDISA, y Francisco García Lombardía, director técnico de la Dirección General de Sistemas de Información y Equipamientos Sanitarios (DIGSIES) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Durante el Foro, además, [Francisco García Lombardía](#), director técnico de la Dirección General de Sistemas de Información y Equipamientos Sanitarios (DIGSIES) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), presentó el proyecto GENESIS, que se fundamenta en torno a nueve líneas de actuación en iniciativas y proyectos de tecnologías de la información y procesos, y que abarcan desde el gobierno del dato hasta la implantación de soluciones de inteligencia artificial para la ayuda al profesional y la personalización de la asistencia médica al ciudadano. "Se trata de compaginar iniciativas que afectan a la organización en materia de normalización, estandarización, revisión y mejora de procesos y circuitos con las tecnologías de la información y las comunicaciones de forma sincronizada, y adecuando su implantación al nivel de concienciación y madurez del uso de dichas tecnologías por parte de profesionales y los propios pacientes a través de dispositivos móviles", explicó durante el Foro.



En cuanto a las barreras tecnológicas para la transformación digital, este experto apunta a la falta de madurez y experiencia real en implantaciones de

soluciones y tecnologías que se adivinan como



imprescindibles en esta transformación, como el dato a través de repositorios centralizados, la inteligencia artificial como asistencia al profesional y aspectos de gamificación, por ejemplo, para facilitar al ciudadano el acceso a las aplicaciones de consulta. "Estas soluciones no llevan un tiempo suficiente o se han aplicado muchas veces en alcances limitados para lo que la realidad demanda", destaca. En cuanto a las humanas, García Lombardía explica que puede ser una barrera o una palanca de apoyo, "dado que no es un factor tecnológico, pero sí determinante; hay que preparar a profesionales y ciudadanos a estas tecnologías para que su ingesta y uso por los mismos, sea progresivo y aceptado a través de una adecuada formación".



En definitiva, y aunque los beneficios de la tecnología en la gestión sanitaria son variados, destacan tres avances: la personalización de la atención sanitaria a los pacientes, la unificación de la información clínica y su uso por el profesional asistencial de una manera flexible y completamente segura, con disponibilidad inmediata y accesible desde cualquier medio autorizado facilitando la independencia de la localización geográfica o la disponibilidad horaria.



## 32. La VII edición del Máster Universitario en Gestión y Planificación Sanitaria de la Fundación SEDISA y la Universidad Europea da comienzo con todas las plazas cubiertas (29-10-2019)



### Sección: SEDISA News

El Salón de Actos del Campus de Alcobendas de la Universidad Europea ha acogido este viernes, 25 de octubre, la inauguración de la VII Edición del Máster Universitario en Gestión y Planificación Sanitaria para Directivos de la Salud (MUGYPS) de la Fundación SEDISA y la Universidad Europea. El programa formativo de esta edición cuenta con 66 alumnos, el mayor número de matriculados en toda su historia, cubriendo todas las plazas disponibles.

Uno de los mayores valores que ofrece este programa formativo son los más de 100 profesionales que conforman el equipo docente que cuenta con valoraciones muy positivas por parte del alumnado. El profesorado de los seminarios presenciales de la promoción 2018–2019 ha sido valorado con una calificación media de 4,28 sobre 5 por más del 53% del alumnado.

En la actual edición hay un total de 33 alumnos en la modalidad semipresencial y 33 en la modalidad online, la mayoría proceden del campo de la Medicina y la Enfermería, pero también contamos con profesionales de AD, Económicas y Derecho y de Ingeniería Industrial o Informática. En cuanto al tipo de organización en la que los alumnos desarrollan su actividad profesional, el 61% proviene de la sanidad pública, el 23% de la sanidad privada, el 9% de otros grupos, como educación y consultoría, y el 7% de la industria del sector. Destacable también la adhesión de un porcentaje cada vez más importante de alumnos de nacionalidades diferentes a la española, como ecuatoriana o chilena.

### Formación y profesionalización

Dentro del ámbito de los directivos de la salud y la gestión sanitaria, la profesionalización de los mismos se torna esencial en cuanto a la politización en los nombramientos y ceses de los directivos. Por ello, el objetivo fundacional y más relevante de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y Fundación SEDISA es la profesionalización de los directivos de la salud y la formación juega un papel fundamental en este campo.

Por último, destacar que la Fundación SEDISA ha concedido becas del 40% en el importe de la matrícula a los participantes que son socios de SEDISA o ANDE (Asociación Nacional de Directivos de Enfermería), alumnos de la Universidad Europea o empleados de las empresas que colaboran con la Sociedad Española de Directivos de la Salud.

## Noviembre

---

## 33. PSE Por la Sonrisa de un Niño (06-11-2019)

### Carmen Pérez Canal. Socia de SEDISA



### Sección: En directivos

Todo empezó en 1995, cuando el matrimonio de origen francés, Marie-France y Christian des Paillères descubrieron el vertedero de Stung Meanchey, a las afueras de la capital de Camboya. Allí pudieron ver a cientos de niños revolviendo entre la basura, llenando sacos con metales y plásticos que revendían posteriormente para obtener un beneficio mínimo. A estas condiciones de miseria absoluta, se sumaban unos padres supervivientes de la época de los Jemerres Rojos. Un periodo de cuatro años, de 1975 a 1979, que consolidó un sistema de economía radicalmente agraria, bajo la consigna de la evacuación de las ciudades y la destrucción de la civilización urbana y su cultura, sometiendo a la población civil a un régimen de trabajos forzados, a

detenciones, a torturas y a asesinatos selectivos en masa. Un periodo que había dejado visibles huellas psicológicas en los padres de esos niños, abocados al alcoholismo, y como único recurso el uso de la violencia y el abuso de los más pequeños.

El matrimonio des Paillères comenzó repartiendo comida en el mismo vertedero, la necesidad más inmediata para esos niños. Pronto, comprendieron que también era necesario que tuviesen acceso a una educación y a una formación profesional que les garantizase un empleo y un futuro digno. En 1996, nace la Asociación Pour un Sourire d'Enfant (PSE) y se funda la escuela de educación acelerada y de recuperación, con el objetivo de que niños que habían abandonado la escuela vuelvan a incorporarse y reciban dos cursos por año hasta alcanzar su nivel escolar. En 1998 se crea la escuela de formación profesional y de estudios superiores, adaptada a las necesidades locales, ofrecía a los jóvenes estudiantes una continuidad educativa para incorporarse con garantías en el mercado laboral camboyano.

En 2002, Marisa Caprile coincidió con los fundadores de PSE cuando estaban llevando a cabo la gira anual de captación de fondos. Buscaban, además, a alguien que organizase un programa durante el verano, era necesario que en el periodo estival se siguieran realizando las labores que se llevaban a cabo durante el año en PSE. El hecho de que los alumnos estuvieran un mes alejados de la ONG suponía el enorme riesgo de que fueran explotados de nuevo en las calles o basureras. En 2003, se crea el Programa de Continuidad Escolar, que PSE España organiza, financia y expande año tras año.

Actualmente, el Programa de Continuidad Escolar atiende a más de 3500 niños a diario en riesgo de exclusión, niños en situación de acogida y niños con discapacidad, en 19 distintos proyectos y en cuatro provincias diferentes: Phnom Penh, Sihanokville, Siem Riep y Kandal. Todo esto sería imposible sin la ayuda de más de 200 voluntarios de todo el mundo, principalmente de España, Francia y Reino Unido, que son seleccionados para realizar la función de monitores o coordinadores del programa y organizaciones como Sedisa que aportan la financiación.

Durante los diecisiete años que lleva en funcionamiento, han ido aumentando el número de proyectos que incluye el programa, debido al crecimiento de la actividad de PSE en el país. Las previsiones apuntan que esta tendencia irá en aumento en los años venideros lo que implica un gran esfuerzo por parte de PSE España en términos de:

captación y formación de voluntarios, identificación de instalaciones y servicios, y búsqueda de financiación.

El Programa de Continuidad Escolar ha demostrado ser la herramienta más eficaz para la continuidad de los programas educativos, de cuidado y protección desarrollados por PSE a lo largo del año. Además de controlar la tasa de abandono escolar, previene: la explotación económica de los beneficiarios, la exposición a entornos violentos, la agresión sexual, el consumo de drogas y la malnutrición. Así como, permite que estudiantes camboyanos —la mayoría de ellos de PSE— y voluntarios occidentales desarrollen sus habilidades profesionales como monitores y coordinadores.

## 34. Más del 75 % de los compromisos del sistema público de pensiones podrían quedar sin cubrir en el año 2050 (14-11-2019)

### Sección: SEDISA News

El [Área de Asesoramiento Gratuito al Soci@ de SEDISA](#) ha celebrado la I Sesión Formativa y de Asesoramiento. Planes de Pensiones, bajo el título *La problemática de la jubilación y el efecto de la longevidad*. El Área comienza así una etapa de trabajo en la que, junto al asesoramiento gratuito directo a los socios pondrá a disposición de los mismos espacios de actualización y asesoría sobre temas de interés.

El primero de ellos ha girado en torno al análisis sobre la solvencia del sistema público de pensiones, para lo que se ha contado con M<sup>a</sup> Eugenia Líbano Balsebre, responsable de Formación Comercial de Santalucía Vida y Pensiones. En este sentido, España se sitúa en uno de los primeros puestos mundiales de longevidad, pero, sin embargo, ocupa el noveno lugar en vida saludable. Según esta experta, *“estos dos factores afectan de una forma directa en el coste de mantenimiento, ya que implica que nuestros mayores, con cada vez mayor esperanza de vida, están afectados de enfermedades crónicas que presionan tanto el sistema sanitario en cuanto al coste de tratamientos, como al de pago de pensiones durante un plazo de tiempo cada vez mayor”*.

Si en los siguientes años no se toman las medidas

correspondientes, se puede llegar a un colapso en el sistema. De hecho, vincular los pagos de pensiones al IPC (Índice de Precios de Consumo) supondría solo en 2020 un aumento del gasto de unos 1.500 millones de euros. *“El gasto total de las pensiones en España ha aumentado un 4,9% respecto al año anterior”*, explica M<sup>a</sup> Eugenia Líbano Balsebre. *“Las pensiones de jubilación se convierten en el mayor gasto en el ámbito del gasto total de las pensiones, acumulando 6.923 millones de euros por encima de las pensiones de viudedad, incapacidad permanente, orfandad y favor familiar”*. Una de las conclusiones que se desprende del Informe sobre la Seguridad Social Española del Instituto de Actuarios Españoles (IAE) es que, en el año 2050, el índice de solvencia del sistema de pensiones español podría quedar reducido al 24,6%. Es decir, más del 75% de los compromisos del sistema público de pensiones podrían quedar sin cubrir. Líbano Balsebre añade: *“Dicho de otro modo, 3 de cada 4 euros podrían no tener cobertura financiera en 30 años”*.

El Área de Asesoramiento Gratuito al Soci@ de SEDISA, *“ha sido creada para ofrecer una serie de servicios que aporten confianza, eficacia y tranquilidad, facilitando la labor diaria del Directivo de la Salud en la toma de decisiones realizadas*

**Área de asesoramiento gratuito al soci@**

Asesoramiento en Seguros  
Ciberseguridad  
Cumplimiento Normativo y RGPD  
Asesoramiento Fiscal y Financiero  
Asistencia Jurídica Personalizada  
Contratación Pública

HAZ CLIC AQUÍ  
y disfruta de tus ventajas  
como soci@

**Un servicio de gran valor para el soci@**  
El área de asesoramiento, nace para ofrecer una serie de servicios que aporten **confianza, eficacia y tranquilidad**, facilitando la labor diaria del directiv@.

Los servicios de **asesoramiento jurídico** para los Directivos de la Salud deben ser permanentes, con el fin de hacer frente de una manera profesional a las distintas situaciones que se pueden plantear, con la garantía del obligado cumplimiento de las normas que nos afectan.

Cada día es más importante poder disponer de un asesor que nos aconseje cómo obtener mayores rendimientos en nuestros ahorros e inversiones, es por esto que este servicio dispone también de **asesoramiento financiero** de gran calidad, dirigido al socio y a su grupo de referencia, basado en el análisis de necesidades de cada persona y asesorando de forma independiente mirando por los intereses del cliente.

Otra herramienta de necesaria inclusión en los programas de gerencia es un **asesoramiento en cumplimiento normativo, protección de datos y ciberseguridad**, para ayudar a las empresas a evaluar los riesgos inherentes propios de su actividad, así como los derivados del entorno regulatorio y legal. En este sentido, la propuesta se basa en un modelo de Cumplimiento Normativo que analiza todos los aspectos internos y organizativos de la entidad, además de revisar todas las normas administrativas aplicables a la actividad.

El capítulo de seguros, tanto privados como de empresa, supone una partida económica importantísima, a la hora de contratar y, también, en el momento de sufrir un siniestro, donde en muchas ocasiones nos jugamos la viabilidad de la empresa o el futuro de las familias. El **asesoramiento en seguros** aporta un gran valor añadido como una fórmula para ahorrar costes en la gestión de las propias pólizas, para optimizar recursos. Para generar, en definitiva, beneficios.

Los socios podrán también realizar consultas de tipo **fiscal**, para solucionar aquellas preguntas relacionadas con temas de sucesiones y testamentarias, disponiendo de especialistas en este campo que pueden dar soluciones que revertían en un beneficio económico para los herederos. Este servicio añade alto valor en planificación de la herencia, en cuanto a sus aspectos jurídicos, fiscales, financieros u operativos.

Asimismo, en el servicio del área de **contratación pública** los socios podrán resolver sus dudas de carácter general sobre la aplicación de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público y, contando con una sólida visión sobre el nuevo régimen regulatorio en la compra pública sanitaria, los nuevos itinerarios de contratación y todas las oportunidades y retos que se presentan.

**Para la Asistencia Jurídica Personalizada:**

- Ana Jiménez Zaballos. Abogada. Tfno/Fax 91 683 13 60. Móvil 666 33 83 68. Email: [anjiza@yahoo.es](mailto:anjiza@yahoo.es)

**Para el Asesoramiento en Seguros, Finanzas, Fiscal, Cumplimiento Normativo y RGPD y Contratación Pública:**

- Exposición de la consulta a través de mail ([asesoramiento@sedisa.net](mailto:asesoramiento@sedisa.net))
- En el teléfono 91 416 92 80
- Atención presencial en SEDISA previa cita.

**Compromiso de respuesta en 24 horas** (exceptuando las consultas sobre Contratación Pública, cuyo plazo de respuesta no superará las 48 horas hábiles desde su recepción por parte de Lentisco). Las respuestas a las consultas sobre Contratación Pública serán realizadas al socio directamente por la firma Lentisco.

**Para cualquier duda o comentario contactar con:**  
Isabel Chacón. Directora Técnica de SEDISA  
[Direccion.tecnica@sedisa.net](mailto:Direccion.tecnica@sedisa.net), 91 416 92 80

sobre la base de un conocimiento preciso de las consecuencias jurídicas y regulatorias”, explica Joaquín Estévez Lucas, presidente de SEDISA. El Área contempla Asesoramiento Jurídico, Asesoramiento financiero, Asesoramiento fiscal, Cumplimiento Normativo y Protección de Datos, Contratación Pública y Asesoramiento en seguros. Este nuevo modelo de servicio permite diferentes formas de implementación, adaptándose a las necesidades de cada socio de manera personalizada.

### 35. Fundación A Víctimas de Tráfico (21-11-2019)



**Teresa Viejo. Embajadora de la Fundación A Víctimas de Tráfico**

**Sección: Firma Invitada**

**Teresa Viejo** ✓  
@TeresaViejo

Periodista y escritora. Conferenciante.  
CNV. Embajadora @unicef\_es.  
Embajadora @FA\_VictimasTraf  
@observadora\_me Mi blog #HappyAging  
en [teresaviejo.es](http://teresaviejo.es)

¿Qué haces tú aquí? La pregunta se desliza enseguida, apenas intercambiamos un afectuoso saludo en cada reunión donde represento a la Fundación A Víctimas de Tráfico, y brota con esa extrañeza con la que solemos contemplar los accidentes de tráfico, como si fuesen anomalías del destino de los demás, no del nuestro. Con la distancia de lo que nunca nos va a suceder porque, además, nosotros no somos conductores imprudentes.

“Sé bien lo que sienten los accidentados”, respondo. “¿Tú?”, inquieren con sorpresa. “Sí, yo”. La sufrí. Esa sensación de darse la vuelta tu vida como un calcetín, de que tu mundo acababa de reventar junto a la carrocera. Por ello me adherí hace ya cuatro años a esta tarea altruista y desinteresada de la Fundación, tendiendo puentes allí donde el accidentado y sus familiares (todos ellos víctimas) solo ven piezas inconexas. Y lo hago convencida de que en este viaje vamos a crecer juntos.

La terapia de las psicólogas -son mayoría femenina- de la Fundación ayuda a amortiguar el trauma tras el momento crítico del impacto, pero una vez superado nacerán otros retos a los que es preciso dar respuesta cualificada. Ellas

trabajaban en los hospitales donde se produce el ingreso de la víctima, respetando la privacidad y los criterios sanitarios, contribuyendo a una recuperación con las menores heridas posibles porque a veces las emocionales son las más lentas de restañar. De ahí la necesidad de suscribir convenios con cada comunidad autónoma donde colaboramos, que amparen nuestro propósito social; subrayando que nuestra ayuda -psicológica y/o asesoramiento jurídico- es gratuita y sin ánimo de lucro, porque nuestro objeto es ayudar a quien más lo necesita. Accidentado y familia.

Sin olvidar las alianzas con empresas, fundaciones, centros de rehabilitación e inserción sociolaboral, ya que nos superamos escuchando, cooperando, impulsando nexos con quienes poseen objetivos paralelos. Ocupando el hueco de esa mano a la que echas en falta cuando las tuyas no encuentran un volante al que asirse.

Aun así, necesitamos sumar más voluntades a nuestro proyecto porque el accidentado de tráfico debe de componer una vida nueva y precisa de nuestro apoyo: hoteles a precios accesibles para la estancia de los familiares, billetes económicos para los desplazamientos, adecuación de las viviendas, descuentos en prótesis, etc.

Cuesta imaginarse un futuro sin accidentes de tráfico. De forma macabra se diría que representan un peaje por ganar movilidad. Al mismo tiempo, sí proyecto un escenario donde, desde la empatía y la conciencia de que podríamos estar en ese lugar, la víctima disponga de una nueva oportunidad para vivir con garantías. Mi propósito es que compartas conmigo esta experiencia, que sientas que estamos cerca si te somos útiles y que sigas cada uno de nuestros progresos.

Los hacemos por ti.

36. Jesús Fernández Sanz, Consejero de Sanidad de Castilla La Mancha, inaugura el Ciclo de Conferencias sobre la Calidad, Innovación y Eficiencia en la Salud de SEDISA (26-11-2019)



## Sección: SEDISA News

El cambio en la demanda social de los servicios sanitarios nos obliga a evolucionar y transformar el sistema sanitario y, sin embargo, seguimos trabajando con el modelo clásico. Así ha comenzado el Excmo. Consejero de Sanidad de Castilla La Mancha, Sr. D. Jesús Fernández Sanz, su participación en el primer encuentro del Ciclo de Conferencias sobre la Calidad, Innovación y Eficiencia en la Salud, organizada ayer por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) en la sede de la Sociedad en Madrid. En palabras de Jesús Fernández Sanz, *“la transformación del sistema sanitario pasa por la sostenibilidad, las personas y el modelo sociosanitario, en el marco, asimismo, de la necesidad de transparencia de resultados y de incorporación de la innovación por evidencia”*.



El Ciclo de Conferencias sobre la Calidad, Innovación y Eficiencia de SEDISA *“trata de ser un punto de encuentro en el que, de la mano de los consejeros de Sanidad de las comunidades autónomas, se puedan analizar y debatir en torno a estos tres pilares fundamentales del sistema sanitario que son ejes necesarios en el buen gobierno de las organizaciones sanitarias”*, explica Modoaldo Garrido, Vicepresidente Primero de SEDISA.

Durante la conferencia, el Consejero de Sanidad de Castilla La Mancha ha puesto de relieve que la sostenibilidad se guía por tres aspectos: la infrafinanciación de la sanidad, el destino de la financiación, en la que debe ganar peso la Atención Primaria, y la forma de financiación a las comunidades autónomas. *“Ello dificulta establecer políticas de salud, nos obliga a invertir más en promoción y prevención de la salud y en fomentar el uso adecuado de las prestaciones sanitarias”*, ha añadido Jesús Fernández

Sanz. A este respecto, sobre Castilla La Mancha, el Consejero de Sanidad ha explicado que el 35,5% de la población es población sana, el 42% padece alguna patología aguda, el 0,7% gestación y el 21% corresponde a pacientes crónicos, que consumen más del 80% de los recursos sanitarios de la comunidad autónoma, razón por la que el organigrama de la Consejería de la pasada legislatura ha evolucionado a una mayor presencia de la humanización, la atención sociosanitaria y la salud pública.

Sobre el segundo pilar de la transformación del sistema, la incorporación de los pacientes en la toma de decisiones, Jesús Fernández Sanz ha hecho hincapié en que *“esto supone hacer escucha activa y un giro hacia la humanización, desde una actitud proactiva del sistema”*. Por último, el Consejero de Sanidad de Castilla La Mancha, precisamente teniendo en cuenta el perfil más frecuente de los pacientes, ha destacado como prioritario construir un modelo sociosanitario con una mayor inversión en Atención Primaria, *“enfocado a la gestión de la cronicidad y el envejecimiento, aportando soluciones en cuidados paliativos e impulsando la telemedicina y la teleasistencia”*.

Desde un punto de vista general, Jesús Fernández Sanz ha destacado el papel de las comunidades autónomas en sanidad y ha puesto en valor el trabajo de la Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha en el desarrollo de redes de expertos, *“tanto del ámbito interno como externo de la comunidad autónoma, con el fin de eliminar variabilidad en temas concretos de mucho interés en la actualidad, como los servicios de urgencias y la formación de los directivos de la salud”*.

### 37. La mentorización como pieza clave en la formación de los futuros directivos de la salud (28-11-2019)

**César Pascual Fernández, Coordinador de Proyectos de la Fundación SEDISA**

**Sección: En Directivos**

Mentor = consejero sabio y experimentado, guía, preceptor, tutor, maestro.

El mentoring es una herramienta para el desarrollo profesional que tiene como objetivo crear relaciones entre profesionales para que aquellos con mayor experiencia que son portadores de las mejores prácticas a nivel de conocimiento y competencias y poseen una visión global

de la organización guíen el desarrollo profesional de personas con menos experiencia, pero con gran potencial.



SEDISA dispone de un elevado número de directivos sanitarios que a lo largo de sus años de actividad han generado un “saber hacer” (know-how), difícil de plasmar en textos o documentos. El trato con profesionales, la relación con los pares, los procesos, los valores, el encaje institucional, la relación con autoridades, etc; son factores que cada directivo gestiona de forma diferente, y que constituyen una parte importante de su bagaje donde el conocimiento crítico de una organización y su gestión, las mejores prácticas (best practices), constituyen los elementos diferenciadores de la gestión de un directivo.

Este saber hacer que se ha generado entre libros técnicos, aprendizaje por modelado y reuniones formales, pero también en las informales, y que se transforma en algo más cuando se mezcla con los valores, con la visión no es posible transmitirlo por canales formales. Aquí es donde tiene sentido un programa de mentoring.

Por ello, la Fundación SEDISA ha apostado por este proyecto de formación y desarrollo de profesionales empleando técnicas de mentoring. El proyecto estará conformado por cinco mentores que tutorizarán a diez mentorizados y donde se trabajarán nuevas habilidades de comunicación, así como el arte de desarrollar el potencial de otros y transferir conocimientos y experiencia. Ofrecerá a mentorizados y a mentores grandes beneficios, así como un aporte y transferencia de conocimiento de gran valor personal y profesional. Desde la Fundación SEDISA se becará a seis socios de SEDISA para adquirir competencias técnicas y habilidades en gestión sanitaria.

El programa comenzará en enero de 2020 y se desarrollará durante seis meses, hasta finales de junio/principios de

julio de 2020. Desde la Fundación SEDISA hemos considerado que estamos en una posición que nos permite ofrecer una oportunidad única de realizar un proyecto innovador de formación y desarrollo de profesionales que emplea técnicas de mentoring con una metodología innovadora y vanguardista de enseñanza, que acelere el proceso de desarrollo y aprendizaje gerencial de los directivos sanitarios, quedando el plazo de recepción de candidaturas por parte de los interesados habilitado hasta el próximo día 30 de noviembre.

### 38. Proclamada la nueva Junta Directiva de la Agrupación Territorial de SEDISA en Madrid (04-12-2019)



De izquierda a derecha: Miguel Ortegón, Miguel Ángel Julve, Carmen Pantoja, Manuel Vilches, Domingo del Cacho, Dulce Ramírez, Julio Mayol, Javier Reneses y Andión Goñi

#### SEDISA News

Un proyecto continuista, en el que se continúe trabajando por la formación y la profesionalización de los directivos de la salud, en el marco de los objetivos y estrategia de la Sociedad Española de Directivo de la Salud (SEDISA). Así define Domingo del Cacho, nuevo presidente de la Agrupación Territorial de SEDISA en Madrid, el proyecto de trabajo formado por su equipo (un vicepresidente, un secretario y seis vocales), todos ellos directivos de la salud de la Comunidad de Madrid de diferentes perfiles y funciones.

Ha sido en la Asamblea de Socios de la Agrupación celebrada ayer 3 de diciembre, tras el reconocimiento a Félix Bravo, que fue presidente desde la creación de la misma hasta su reciente fallecimiento, como Presidente de Honor de dicha Agrupación. *“Seguiremos el legado de Félix*

*Bravo, construyendo una Agrupación aún más fuerte, con sus bases en la formación y la profesionalización y un análisis y acercamiento a la colaboración público-privada”, explica Domingo del Cacho. “Para ello, hemos creado un grupo de trabajo como Junta Directiva muy cualificado de diferentes perfiles y funciones directivas y de diferentes organizaciones sanitarias de la Comunidad de Madrid”.*

Composición de la candidatura proclamada como junta directiva:

- Presidente: Domingo del Cacho, Director Gerente del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés
- Vicepresidente: Manuel Vilches, Director de Relaciones Institucionales de la Fundación IDIS
- Secretario: Javier Reneses, Director de Gestión del Hospital Severo Ochoa de Leganés
- Vocales:
  - Carmen Pantoja, Directora Gerente del Hospital Universitario Infanta Leonor
  - Miguel Ángel Julve, Director Ejecutivo de Hospitales Campus Madrid en Sanitas
  - Julio Mayol, Director Médico del Hospital Clínico San Carlos
  - Dulce Ramírez, Directora de Continuidad Asistencial y Coordinadora de la Unidad de Calidad del Hospital Universitario Infanta Leonor
  - Andión Goñi, Directora de Enfermería del Hospital Universitario 12 de Octubre
  - Miguel Ortegón, Gerente de la Clínica Santa Elena

### 39. Medir resultados y decidir en base a los mismos es el gran cambio de paradigma en la gestión sanitaria y uno de los grandes retos para el Directivo de la Salud (11-12-2019)

#### Jon Guajardo, Vicepresidente Segundo de SEDISA

##### Sección: En directivos

Implementar la medición de resultados en salud desde una perspectiva estratégica conlleva un cambio cultural en las organizaciones, requiere del apoyo de las autoridades sanitarias, de la colaboración de todos los implicados y de una mejor formación a los profesionales sanitarios. Pero, ¿por dónde empezamos?

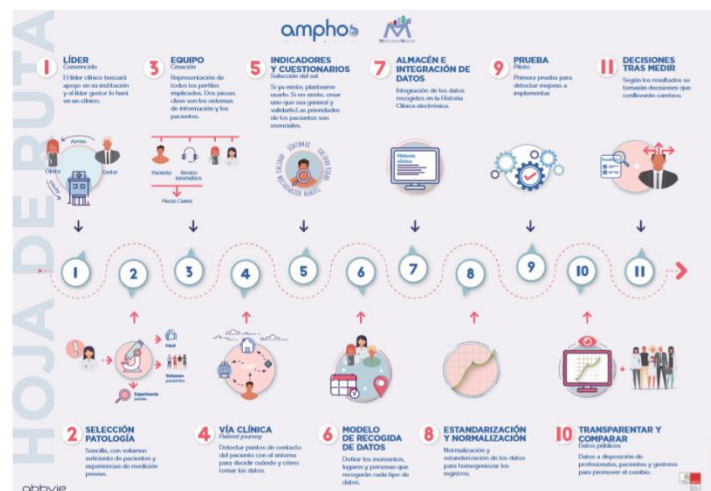
El [Informe AMPHOS Medir para Mejorar](#) ha desarrollado la primera hoja de ruta que permite el avance en la medición de resultados en salud, buscando la mejora de la práctica clínica diaria y el beneficio que su implementación tiene para el paciente y permitiendo, así, su implementación con una perspectiva estratégica y global. En él han participado de forma activa más de 180 directivos de la salud, profesionales sanitarios y representantes de organizaciones de pacientes unidos para contribuir a avanzar en este gran reto, del que depende en gran parte la transformación del sistema, reflexionando sobre cuál debe ser el camino para que cualquier organización que quiera incorporarse a este modelo, independientemente de su recorrido, disponga de una metodología aplicable a cualquier nivel.

La Hoja de Ruta recoge un total de 10 pasos que son:

1. Definir el liderazgo del proyecto
2. Seleccionar la patología a medir
3. Crear el grupo de trabajo en donde estén representados todos los que tienen algún papel en seguimiento del paciente, incluyendo a este.
4. Dibujar el viaje que hace el paciente a lo largo de todo el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad (vía clínica), adaptarlo a la realidad de su área o institución de salud
5. Seleccionar el tipo de indicadores a medir y los cuestionarios que se utilizarán para recoger los datos proporcionados por los pacientes
6. Definir el modelo de recogida de datos (momentos, lugares y personas que recogerán cada tipo de datos).
7. Definir cómo se almacenarán e integrarán datos con el resto de la información clínica
8. Estandarizar y normalizar los datos
9. Probar el nuevo modelo: pilotar
10. Transparentar los datos
11. Tomar decisiones tras medir

Descargar la Hoja de Ruta: [https://sedisa.net/wp-content/uploads/2019/12/AMPHOS\\_HOJA-DE-RUTA-INFOGRAFIA.pdf](https://sedisa.net/wp-content/uploads/2019/12/AMPHOS_HOJA-DE-RUTA-INFOGRAFIA.pdf)

Nos encontramos en las puertas del gran cambio de paradigma en la gestión sanitaria. La medición y evaluación de los resultados en salud es el gran reto que tenemos en los próximos años. Es el gran cambio que necesitamos y, en este cambio, los gestores de la salud debemos liderar esta nueva forma de gestión en las organizaciones sanitarias. Debemos liderar un cambio en la cultura de gestión.



Para ello, requerimos conocer cuánto hacemos, pero sobre todo saber si lo que hacemos es adecuado y, además, es efectivo. Porque solo a partir de este conocimiento sabremos si es eficiente. Desde ese momento, tendrá sentido si lo que nuestras organizaciones hacen es lo que deben hacer (adecuación). Si conseguimos los resultados clínicos esperados (efectividad) y si lo hacemos con el menor coste (eficiencia). Y cada vez será más necesario que incorporemos el resultado de la percepción del paciente (PROMs) en nuestras actuaciones.

Se pueden consultar todos los informes AMPHOS en <https://sedisa.net/formacion/informes-amphos/>

