

MEMORIA DE ACTIVIDADES

Sociedad Española de Directivos de la Salud



sedisa

sociedad
española de
directivos
de la salud

Ejercicio 2012

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
Personalidad jurídica y actividades	3
Órganos de gobierno	4
Junta Directiva	4
Reuniones	7
✓ Junta Directiva	7
✓ Reuniones Asamblea General	7
Información de socios	7
Congreso Nacional de Hospitales	14
Artículos publicados	16
Revista SEDISA Siglo XXI	19
✓ Comité directivo editorial Revista SEDISA Siglo XXI	19
✓ Comité editorial Revista SEDISA Siglo XXI	20
• Número 24. Febrero 2012.	20
• Número 25. Marzo 2012.	21
• Número 26. Junio 2012.	23
• Número 27. Diciembre 2012.	25
Premios Revista SEDISA Siglo XXI. Año 2011	27
CEDE. Confederación Española de Directivos y Ejecutivos. Asambleas y Juntas	28
Congresos y Jornadas	29
Información de interés	142

Con el patrocinio de



PERSONALIDAD JUÍDICA Y ACTIVIDADES

La Sociedad Española de Directivos de la Salud es una entidad sin ánimo de lucro, que agrupa a personas interesadas o vinculadas en la gestión sanitaria.

Según consta en el Registro Nacional de Asociaciones, en su sección 1ª, del Ministerio del Interior, la Sociedad Española de Directivos de la Salud aparece inscrita con fecha 3 de agosto de 2004, con el número nacional 172206.

La Sociedad Española de Directivos de la Salud nace de la voluntad de dos agrupaciones que existían en España, la Asociación Española de Administración Hospitalaria (AEAH) y Sociedad Española de Directores y Gerentes de Hospitales y Planificación Sanitaria (SEDGHPS).

Los cambios que se han ido produciendo en la sociedad española y en el entorno sanitario, así como la constatación de que la existencia de AEAH y SEDGHPS, con unos fines similares no llenaban las expectativas y necesidades de los nuevos gestores sanitarios, motivaron un movimiento de fusión de ambas sociedades, liderados por un grupo de socios en cada sociedad que intuían los cambios que tendríamos que adaptar en el futuro.

Las actividades de la Sociedad son, principalmente, la realización de cuantas actividades contribuyan a la promoción, desarrollo, protección y defensa de los servicios sanitarios en general y particularmente el estudio y perfeccionamiento de las funciones gestoras y directivas de la salud, así como la representación, gestión y defensa de los intereses profesionales de sus miembros.

La Sociedad tiene establecido su domicilio fiscal y social en Madrid. C/ José Silva, núm. 3 - 1º A. 28043

ÓRGANOS DE GOBIERNO DE LA ASOCIACIÓN

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), se rige y se administra por medio de los siguientes órganos:

- La Asamblea General
- La Junta Directiva

SOCIOS FUNDADORES

- D. Juan Rodríguez Gil.
- D. Albert Cañis Pedreny
- D. Vicente Miguel Gil Suay
- D. Francisco Javier Godoy del Olmo
- D. Joaquín Estévez Lucas
- D. Manuel Merina Ortega
- D. José Mor Pompidó
- D. Joan G Sintés i Pascual
- D. Julio Villalobos Hidalgo

JUNTA DIRECTIVA (hasta 19 de octubre de 2012)

Presidente: D. Joaquín Estévez Lucas

Vicepresidenta: Dña. María Luz del Valle Ortega

Secretario: D. Mariano Guerrero Fernández

Tesorero: D. José Manuel Pérez Gordo

Vocales: Dña. Isabel Tovar García
D. César Pascual Fernández
D. Ramón Ares Rico
D. Raimon Belenes i Juárez
D. Antonio Pérez Rielo

JUNTA DIRECTIVA (a partir del 20 de octubre de 2012)

Presidente: D. Joaquín Estévez Lucas

Vicepresidente: D. César Pascual Fernández

Secretario: D. Mariano Guerrero Fernández

Tesorero: D. José Manuel Pérez Gordo

VOCAL I: D. Ramón Ares Rico

VOCAL II: D. Mario González González

VOCAL III: D. Pere Vallribera Rodríguez

VOCAL IV: D. Ignacio López Puech

VOCAL V: Dña. Cristina Granados Ulecia

VOCAL VI: D. Rafael López Iglesias

VOCAL VII: D. Jon Guajardo Remacha

VOCAL VIII: D. Modoaldo Garrido Martín

VOCAL IX: D. Manuel Huerta Almendro

VOCAL X: D. Carlos Alberto Arenas Díaz

VOCAL XI: Dña. Isabel Tovar García

VOCAL XII: D. Antonio Pérez Rielo

DIRECTORA GERENTE

Directora Gerente

Dña. Lourdes González Gómez

COMISIÓN PERMANENTE DE LA JUNTA DIRECTIVA (hasta octubre de 2012)

- D. Joaquín Estévez Lucas
- Dña. Isabel Tovar García
- D. Mariano Guerrero Fernández
- D. José Manuel Pérez Gordo
- D. César Pascual Fernández

COMISIÓN PERMANENTE DE LA JUNTA DIRECTIVA (desde octubre de 2012)

- D. Joaquín Estévez Lucas
- D. César Pascual Fernández
- D. Mariano Guerrero Fernández
- D. José Manuel Pérez Gordo
- D. Modoaldo Garrido Martín
- Dña. Cristina Granados Ulecia
- D. Pere Vallribera Rodríguez

DELEGADOS TERRITORIALES

Andalucía, Ceuta y Melilla: D. Antonio Pérez Rielo.

Islas Canarias: D. Ignacio López Puech.

Cantabria: D. César Pascual Fernández.

Castilla La Mancha:

Castilla y León: D. Rafael López Iglesias.

Cataluña: D. Raimon Belenes i Juárez.

Extremadura: Dña. Isabel Tovar García.

Galicia: D. Ramón Ares Rico

Madrid: Ignacio Martinez Jover

País Vasco: Dña. M^a Luz del Valle

Valencia: D. Juan Antonio Marqués.

Sanidad Privada: D. Roberto Ferrándiz.

REUNIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA

- 20 de abril de 2012 → Reunión de la Junta Directiva, Madrid.
- 22 de noviembre de 2012 → Reunión de la Junta Directiva, Guadalajara.

ASAMBLEA GENERAL

- 14 de junio de 2012 → Reunión Asamblea General, Madrid.
- 20 de octubre de 2012 → Reunión Asamblea General, Guadalajara.
- 22 de noviembre de 2012 → Reunión Asamblea General, Guadalajara.

INFORMACIÓN DE SOCIOS

Son **Socios Fundadores** de la Sociedad Española de Directivos de la Salud:

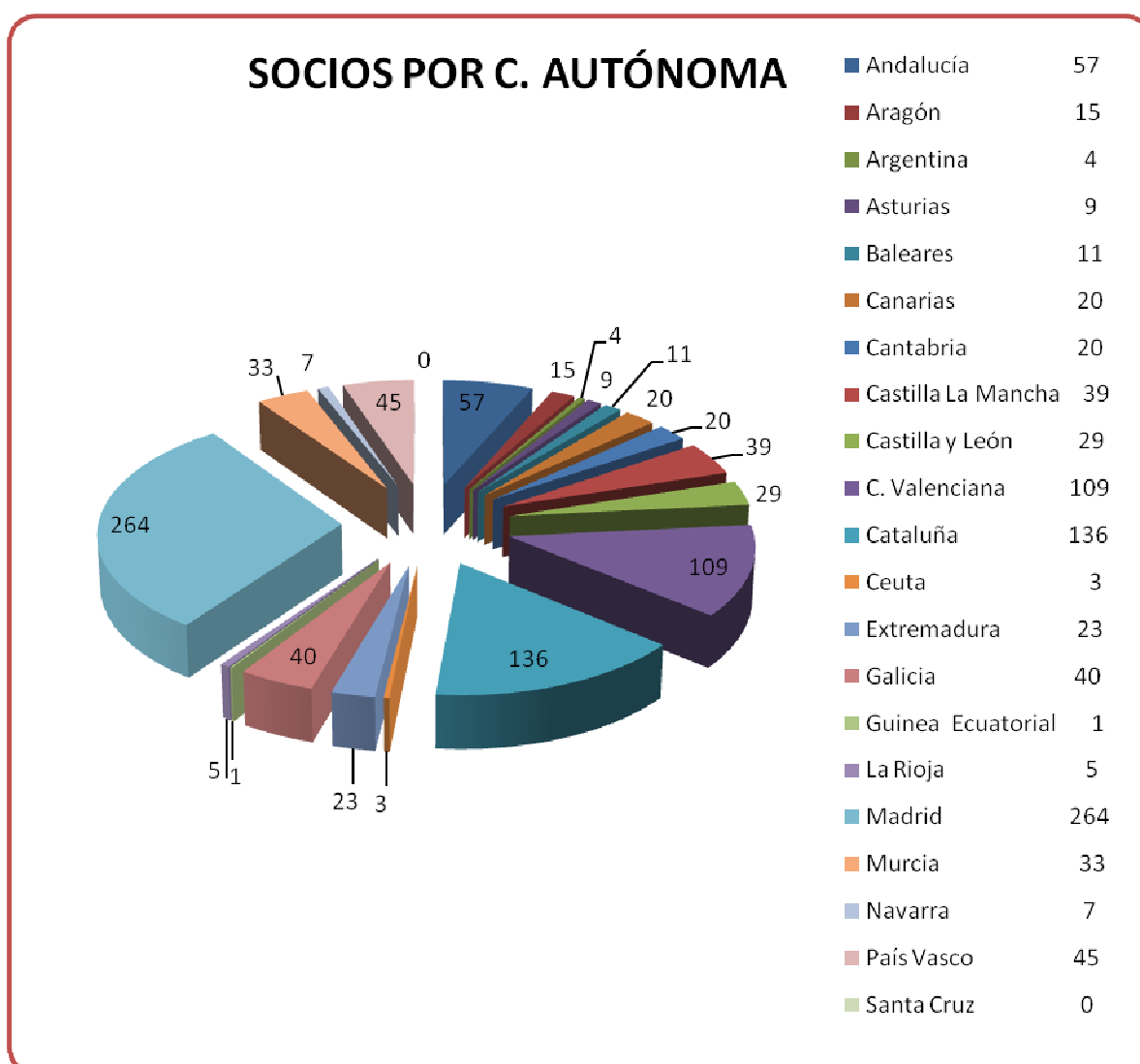
D. Albert Cañis Pedreny, D. Joaquín Estévez Lucas, D. Vicente Miguel Gil Suay, D. Francisco Javier Godoy del Olmo, D. Manuel Merina Ortega, D. José Mor Pompido, D. Juan Rodríguez Gil, D. Joan Sintes i Pascual, D. Julio Villalobos Hidalgo

Son **Socios de Honor** de la Sociedad Española de Directivos de la Salud:

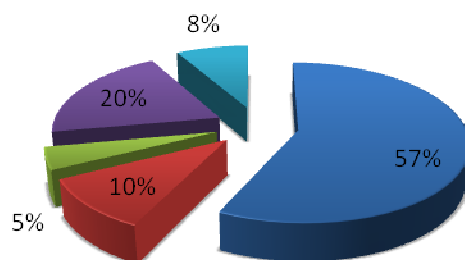
- | | |
|--|---------------|
| ➤ D. José M ^a Paloma Fosalba, | Mayo de 2005. |
| ➤ D. Joan Grau Sociats, | Mayo de 2005 |
| ➤ D. Pedro Manuel Mariño Campos, | Mayo de 2005 |
| ➤ D. Joan Rovirosa Juncosa, | Mayo de 2005 |
| ➤ D. Joan Sintes i Pascual, | Mayo de 2007 |
| ➤ D. Antonio Bartolomé Sánchez, | Mayo de 2007 |
| ➤ D. Miguel Ángel Asenjo Sebastián, | Mayo de 2007 |
| ➤ D. Juan Rodríguez Gil, | Junio de 2009 |
| ➤ D. José Antonio Moreno Ruiz, | Junio de 2009 |
| ➤ D. Juan Pedro Serna Mármol, | Abril de 2011 |
| ➤ D. Jesús Carames Bouzán, | Abril de 2011 |
| ➤ D. Juan Abarca Campal, | Abril de 2011 |

El número de socios asciende a **862**, con la siguiente distribución por Comunidades Autónomas, a fecha **31 de diciembre de 2012**.

Distribución socios por Comunidades Autónomas



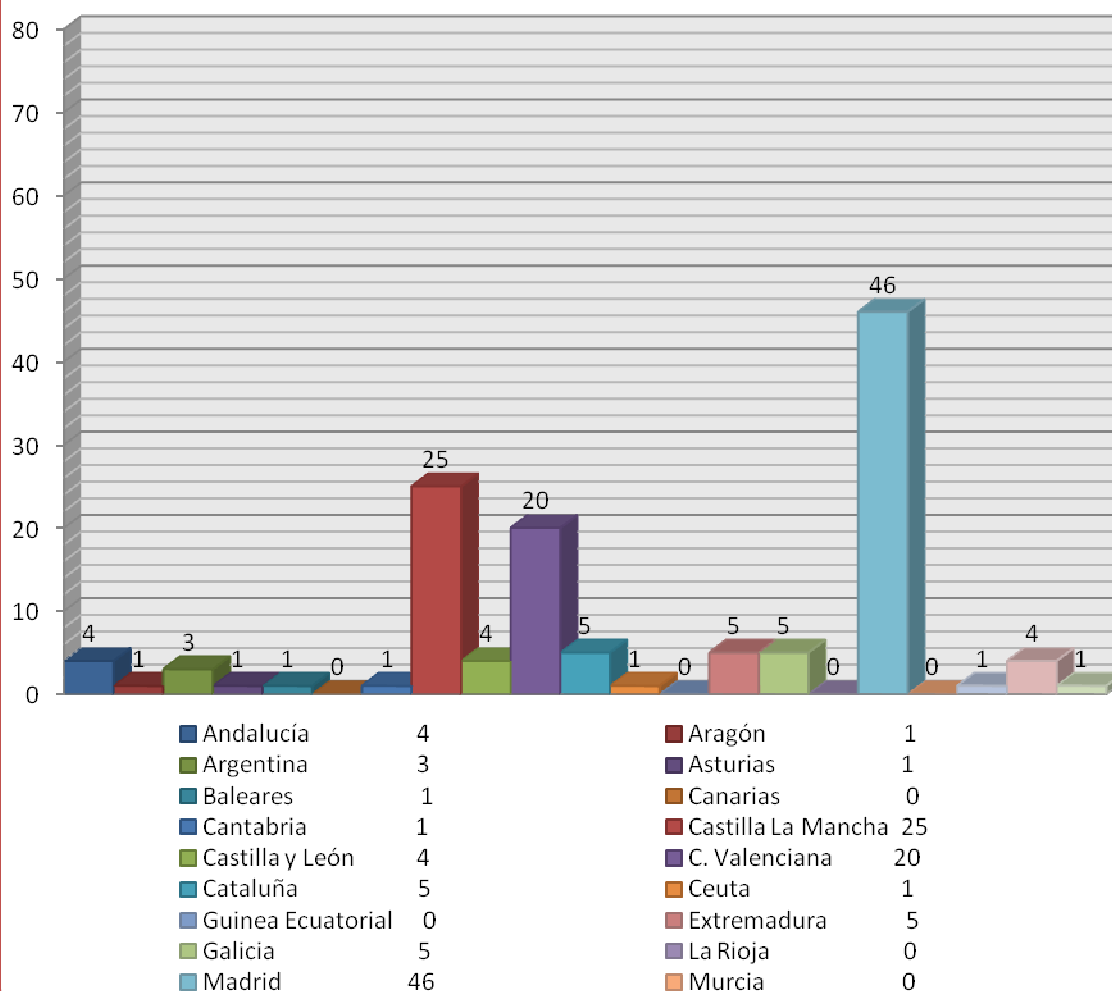
DISTRIBUCIÓN POR ÁMBITO FUNCIONAL



■ Director general	493	■ Administración	89
■ Económico financiero	39	■ Organización y Asistencial	170
■ Otros	71		

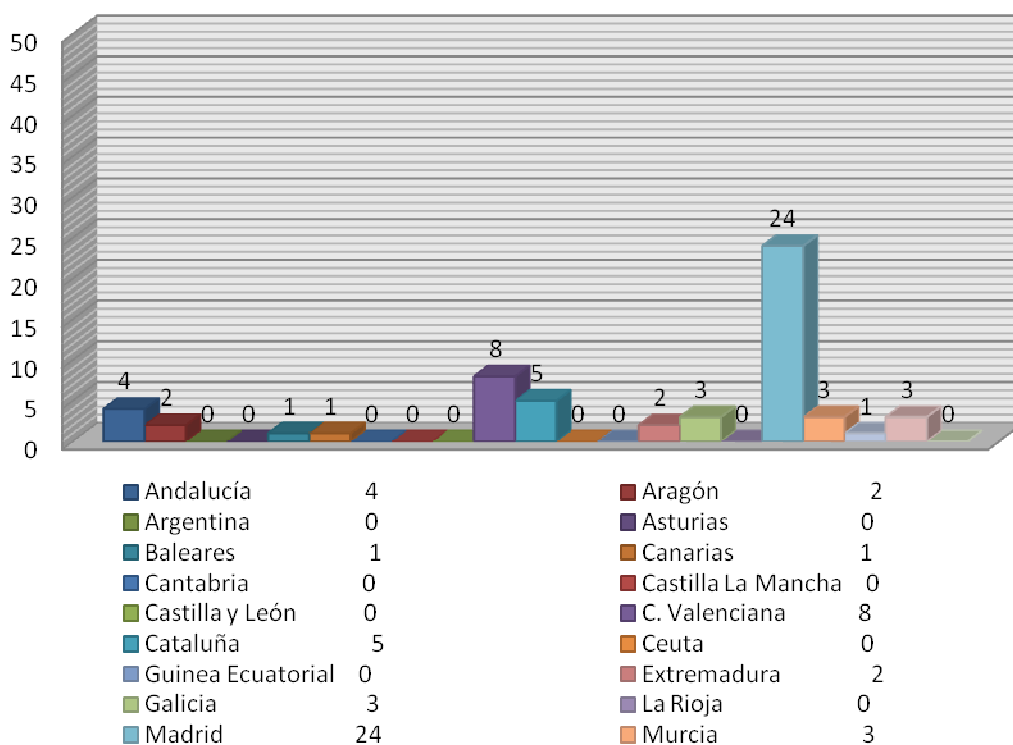
Durante el ejercicio de 2012 se han producido 130 nuevas incorporaciones de socios, cuya distribución por Comunidades Autónomas en la siguiente:

ALTAS SOCIOS 2012



Igualmente, durante el citado ejercicio se han producido 57 bajas de asociados, siendo su movimiento por Comunidades el siguiente:

BAJAS 2012



SOCIO PROTECTOR

- JOHNSON & JOHNSON. (1 de marzo de 2012).
- ROCHE FARMA. (9 de marzo de 2012).
- SERVICIOS CLÍNICOS Y MÉDICOS INTEGRALES, S.A. (SERMED). (12 de marzo de 2012).
- UNIDAD CENTRAL DE RADIODIAGNÓSTICO (UCR). (15 de marzo de 2012).
- COFELY ESPAÑA, S.A.U. (23 de abril de 2012).

ENTIDAD COLABORADORA

- PHILIPS IBÉRICA, S.A. (1 de febrero de 2012).
- ESTEVE TEIJIN ESPAÑA, S.A. (1 de febrero de 2012).
- GRUPO ABETO SERVICIOS INTEGRALES, S.A. (1 de febrero de 2012).
- JASSEN CILAG, S.A. (14 de febrero de 2012).
- GRÜNENTHAL PHARMA, S.A. (1 de marzo de 2012).
- MÖLNLYCKE HEALTH CARE. (1 de abril de 2012).
- ELEKTA MEDICAL, S.A.U. (1 de abril de 2012).
- OUT-LOG, S.L. (2 de abril de 2012).
- ATLENTIS SERVICIOS INTEGRALES. (2 de abril de 2012).
- PFIZER., S.L.U. (4 de abril de 2012).
- ABBOTT LABORATORIES, S.A. (16 de abril de 2012).
- COLEGIO DE INGENIERO DE TELECOMUNICACIÓN (TIC). (23 de abril de 2012).
- ASTELLAS PHARMA, S.A. (6 de julio de 2012).
- SANOFI PASTEUR MSD. (1 de septiembre de 2012).
- FERROVIAL SERVICIOS, S.A. (1 de octubre de 2012).
- BAYER HISPANIA, S.L. (22 de octubre de 2012).
- NOVARTIS. (1 de noviembre de 2012).
- GRUPO SANED.

ACUERDOS DE COLABORACIÓN

- SANITARIA 2000. (1 de enero de 2012).
- SANOFI PASTEUR MSD (16 de mayo de 2012).
- LUZAN5 , S.A. (15 de junio de 2012).
- AMGEN (28 de septiembre de 2012).
- MIBOX TECHNOLOGY. (3 de octubre de 2012).

Han apoyado en la realización de sus actividades a la Sociedad durante el año 2012;

- JANSSEN (16 de abril de 2012).
- OXIMESA GRUPO PRAXAIR (27 de julio de 2012).
- JHONSON & JHONSON. (1 de octubre 2012).
- TELEFÓNICA (26 de octubre de 2013).

CONGRESOS NACIONALES DE HOSPITALES

IX Congreso Nacional de Hospitales

4 al 6 de octubre 1995, Madrid

Presidente: D. José Luis Díaz Fernández

“Influencia de un conjunto de medidas asistenciales sobre la actividad generada por un servicio médico”.

X Congreso Nacional de Hospitales

9 al 12 de abril 1997, Sevilla

Presidente: D. Alfonso Prieto

“La empresa sanitaria del futuro, de la experiencia a la innovación de la gestión en los servicios de salud”.

XI Congreso Nacional de Hospitales

13 al 16 de Abril 1999, Murcia

Presidente: D. Mariano Guerrero Fernández

“Los hospitales ante un nuevo siglo. Un reto para ciudadanos, profesionales y entidades sanitarias”.

XII Congreso Nacional de Hospitales

9 al 11 de marzo 2001, Barcelona

Presidente: D. José Antonio Pujante Conesa

“El hospital y la salud más allá de la gestión”.

XIII Congreso Nacional de Hospitales

6 al 9 de mayo 2003, Valencia

Presidente: D. Vicente Gil Suay

“Organización y tecnología al servicio de profesionales y pacientes”.

XIV Congreso Nacional de Hospitales

17 al 20 de mayo 2005, Zaragoza

Presidente: D. Juan Paricio Muñoz

“El hospital y la sociedad. Nuevos retos y expectativas”.

XV Congreso Nacional de Hospitales

15 al 18 de mayo 2007, Almería

Presidente: D. José Manuel Pérez Gordo

“Organizaciones sanitarias y demandas sociales”.

XVI Congreso Nacional de Hospitales

2 al 5 de junio 2009, Cáceres

Presidenta: Dña. Isabel Tovar García

“Atención sanitaria integrada. Curar y cuidar”.

XVII Congreso Nacional de Hospitales

26 al 29 de abril 2011, Madrid

Presidente: D. César Pascual Fernández

“Innovar en gestión sanitaria”.

ARTICULOS PUBLICADOS

REVISTA MÉDICA



Artículos publicados por D. Joaquín Estévez, Presidente de SEDISA y Secretario General Técnico de la Fundación Ad Qualitatem.

Núm. 132. Enero 2012.	“La sostenibilidad del sistema”.
Núm. 133. Febrero 2012.	“La sostenibilidad del sistema sanitario (I)”
Núm. 134. Marzo 2012.	“La divergencia pública-privada”.
Núm. 135. Abril 2012.	“La necesaria reforma de los servicios sanitarios públicos”.
Núm. 136. Mayo 2012.	“El gasto sanitario público y la crisis económica”.
Núm. 137. Junio 2012.	“SEDISA y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (I)”.
Núm. 138. Julio 2012.	“SEDISA y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (I)”.
Núm. 139. Agosto 2012.	“SEDISA y la sostenibilidad del SNS (y II)”.
Núm. 140. Septiembre 2012.	“El proyecto Amphos (I)”.
Núm. 141. Octubre 2012.	“El proyecto Amphos (II)”.
Núm. 142. Noviembre 2012.	“El modelo valenciano de gestión compartida”.
Núm. 143. Diciembre 2012.	“A vueltas con la profesionalización de los directivos de la salud”.

Otras intervenciones de D. Joaquín Estévez:



- Entrevista Sanitaria 2000. Tratando temas como:
 - “Para una sanidad sin crisis no solo cuentan los políticos”.
 - “Las normas de calidad sanitaria deben adaptarse al lenguaje de los profesionales”.
 - “Salvo impugnaciones de los socios, renueva el cargo el día 16”.

- Entrevista en SANIFAX (enero 2012): “Sostenibilidad del sistema nacional de salud en España, según el Dr. Joaquín Estévez, Presidente de SEDISA”.

- El Médico entrevista a D. Joaquín Estévez: “Muchos políticos desconocen el sistema sanitario”.

- Redacción Médica:
 - “D. Joaquín Estévez, el candidato perfecto para seguir al frente de SEDISA”.
 - “D. Joaquín Estévez ya tiene dos ases en la manga para repetir al frente de SEDISA”.

- D. Joaquín Estévez, Presidente de SEDISA, investido como Caballero del Monasterio de Yuste.

- Intervención en la Conferencia en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia.

- Participación en el almuerzo organizado por Sanitaria 2000 con los líderes de la sanidad de este país. “Diálogo con la Consejería”.

- Acta Sanitaria, “Muchos hospitales tienen dificultades cada mes para pagar nóminas y a proveedores”.

Intervenciones de nuestra Junta Directiva:

- Entrevista **D. Ramón Ares Rico**: “En 2011 cumplimos con los objetivos económicos que nos marcaron”. Por Sanitaria 2000.
- Entrevista **D. César Pascual Fernández**: “El Hospital Marqués de Valdecilla prepara áreas de gestión clínica del corazón y de aparato digestivo”, “El Marqués de Valdecilla abre una convocatoria con nueve plazas para jefe de servicio”. Por Sanitaria 2000.
- Entrevista **D. César Pascual Fernández**: “El Sistema de Salud está en grave riesgo financiero”. Por Periódico Expansión.
- Entrevista **D. César Pascual Fernández**: “Es innegable la eficacia y la eficiencia de la gestión mixta en el hospital mediano”. Por Sanitaria 2000.
- Entrevista **D. Antonio Pérez Rielo**: Renuncia a la gerencia de Carlos Haya. Por Sanitaria 2000.
- Entrevista **D. Mariano Guerrero Fernández** (Secretario G. de SEDISA) y a **D. Carlos Arenas Díaz** (Gerente del Departamento de Salud de Orihuela): “Cómo los gestores pueden colaborar en la sostenibilidad del sistema”. Por El Médico
- Entrevista **D. Mariano Guerrero**: “Queremos que el político se atenga a una garantía de formación del directivos”. Por Sanitaria 2000.
- **D. Mariano Guerrero Fernández**, artículo publicado en AGATHOS: “Ante la evidencia científica, la eficiencia en la gestión de los recursos sanitario y los valores de nuestra sociedad”.

- **D. Mariano Guerrero Fernández**, artículo publicado en Revista SEDISA SIGLO XXI: “Gestores Sanitarios: entre la evidencia científica, la eficiencia y los valores”, “La crisis que venimos resistiendo y la luz al final del túnel” y “Qué es la profesionalización de los Directivos de la Salud”.
- Discursodel Dr. **D. Mariano Guerrero Fernández**, académico correspondiente de la Academia de Farmacia Santa María de España de la región de Murcia.

Intervenciones de nuestros socios:

- Entrevista D. Luis Carretero (Economista y Director Gerente del SESCAM): “Se acometerán medidas que supondrán un esfuerzo de nuestros profesionales y otras encaminadas a pedir un esfuerzo a nuestros proveedores y favorecer la competencias”. Por El Médico.
- Entrevista D. Ignacio Martínez Jover y D. Modoaldo Garrido Martín, delegados territoriales en Madrid. Por El Médico.
- Entrevista D. Félix Rubial Bernárdez (Director de Asistencia Sanitaria del Sergas): “Desde el SNS se están evacuando, proponiendo y adoptando medidas para facilitar su sostenibilidad sin que se vea mermada la calidad de la asistencia”. Por El Médico
- Entrevista D. José Antonio Moreno Ruiz (Presidente de Ghisa y asesor en formación de SEDISA): “Sobran directivos sanitarios y faltan líderes sanitarios”. Por El Médico
- Entrevista D. Gregorio Achútegi: “Queremos sostener lo que funciona y desechar lo que no”. Por Redacción Médica.

REVISTA SEDISA S.XXI

DIRECTOR REVISTA:	D. Julio Villalobos (Edita: Sanitaria 2000)
DIRECTOR PRENSA:	D. Ricardo López
REDACCIÓN:	D. Fco. Javier Barbado Cano
SECRETARIA DE REDACCIÓN :	Dña. Margarita Rodríguez
DIRECTOR DE ARTES:	D. José María Martín
MAQUETACIÓN:	D. Miguel Ángel Escobar

COMITÉ DIRECTIVO EDITORIAL:

- D. Mariano Guerrero Fernández
- D. César Pascual Fernández
- Dña. Isabel Tovar García
- Dña. María Luz del Valle Ortega
- D. Julio Villalobos Hidalgo

COMITÉ EDITORIAL:

- D. Antonio Bonillo Perales
- D. Francisco José Calvo Chacón
- D. Alberto Colina Alonso
- D. Jordi Colomer Mascaró
- Dña. Dolors Coloms Masfret
- D. Joan Grau Sociats
- D. Juan Antonio Marqués Espí
- D. José Antonio Moreno Ruiz
- D. Rafael Pacheco Guevara
- D. Ricardo Ruiz de Aldana Pérez

REVISTAS PUBLICADAS EN EL 2012

REVISTA SEDISA S.XXI Nº 24 FEBRERO 2012

➤ Editorial:

- **“Recortes: poniendo a prueba las competencias directivas”**. D. Raimon Belenes. Vocal de SEDISA.

➤ Entrevista:

- D. Julián Pérez Gil. Director General de Osakidetza: “Nuestro clínicos son cada vez más gestores y más conscientes de los escasos recursos”.

➤ Artículos:

- **El tamaño (de los hospitales) sí importa**. Jordi Colomer, Profesor UOC.

➤ Información sobre SEDISA.

- España carece de un plan global para el dolor posquirúrgico.
- Los Comités de Evaluación y las guías terapéuticas se revelan claves para el uso eficiente de las terapias biológicas.
- Mato: “La Estrategia para el abordaje de pacientes crónicos integrará la prevención en todos los ámbitos”.

➤ Libros.

- Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria de España. Editado por el Ministerio de Sanidad. Comentario: Julio Villalobos Hidalgo.

➤ **Fundación SEDISA.**

- II Edición del Premio al Mejor Directivo Sanitario del año 2011.

➤ **WEB de SEDISA.**

- Nuestra web, al borde de las 45.000 visitas.

➤ **18 Congreso Nacional de Hospitales:**

- Los directivos sanitarios ven en la innovación la salida a la crisis.

REVISTA SEDISA S.XXI Nº 25 JUNIO 2012

➤ **Editorial:**

- **“Primera Agrupación Territorial de SEDISA”.** D. Juan Antonio Marqués y D. Carlos Arenas.

➤ **Entrevista:**

- Entrevista a Rocío Mosquera, Consejera de Sanidad de Galicia. **“La plataforma logística nos permitirá ahorrar más de 200 millones”.**

➤ **Artículos:**

- La unidad Corta Estancia (UCE) como herramienta para la mejora de la Gestión Hospitalaria. D^a. Raquel Martínez Iglesias, D. Miguel Marcos, D^{ña}. Concepción Ceballos, D. Zapico Nican, D^{ña}. Reyes Pilar, Gerencia Atención Especializada, Servicio de Medicina Interna, Dirección Médica y Complejo Asist. Univ. de Salamanca.
- La gestión sanitaria de la cronicidad dentro del modelo biopsicosocial: lo que se sabe de sobra, se debe poner en marcha D^{ña}. Dolors Colom Masfret.
- Los actores del Sistema Nacional de Salud en España. D. Alejandro López del Val y D. Carlos Arenas Díaz.

➤ **Información SEDISA.**

- La atención domiciliaria suple en Osakidetza el equivalente a 547 camas de hospital.
- SEDISA prepara un “itinerario formativo” para los directivos.
- Joaquín Estévez presidirá SEDISA durante cuatro años más.
- El secretario de SEDISA, Mariano Guerrero, de nuevo Jurado de los Premios Jaime I de Valencia.
- Javier Fernández-Lasquetty: “Saldremos de la crisis con una gestión más solvente”.
- Los directivos sanitarios aspiran a tomar decisiones antricrisis.
- Mölnlycke Health Care convoca un concurso de ideas innovadoras para directivos.
- SEDISA nombra a Cristina Granados su delegada territorial en Castilla La Mancha.
- Los directivos proponen premiar al sanitario productivo.
- Joaquín Estévez lamenta que “se politice el debate en la externalización”.

➤ **Libros:**

- Gestión de calidad en organizaciones de salud. Autor: Dña. María Cristina Ferrari.

➤ **Fundación Española de Directivos de la Salud.**

- El Patronato aprueba el Plan de Actuación 2011.

➤ **Junta Directiva:**

- SEDISA crea la Agrupación Territorial de la Comunidad Valenciana.

➤ **Web SEDISA:**

- Ya puede seguir a SEDISA en su perfil de twitter.

➤ **Informes de interés:**

- 18º Congreso Nacional de Hospitales: “Publicadas las normas para aceptar comunicaciones y pósteres”.
- Los gestores analizarán cómo emplear la tecnología disponible en el 18º Congreso Nacional de Hospitales.

➤ **Asamblea de Socios:**

- Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana, a la cabeza en socios.

REVISTA SEDISA S.XXI Nº 26 SEPTIEMBRE 2012

➤ **Editorial:**

- “**Qué es la profesionalización de los directivos de la salud**”. D. Mariano Guerrero (Secretario de SEDISA).

➤ **Entrevistas:**

- D. Alberto de Rosa, Director General del Grupo Ribera Salud y miembro del foro PPP, “**Nuestro modelo prima al que mejor trabaja: así de claro**”.

➤ **Artículos:**

- “La atención a la cronicidad”, D. Lluís Bohígas Santasusagna.

➤ **Información SEDISA:**

- José Ignacio Echániz destaca el perfil “cien por cien profesional” de los directivos incorporados a su proyecto, en la I Jornada de Gestión SEDISA- Pfizer, celebrada en Toledo.
- SEDISA insta al Ministerio de Sanidad a que defina criterios de selección para los directivos. Pilar Farjas recibe a su cúpula en el Ministerio.
- Miguel Ángel Asenjo recibe la medalla Josep Trueta al Mérito Sanitario, es socio de Honor de SEDISA y emérito de la Univ. de Barcelona.

- El Sacyl baraja hacer “más atractiva” la carrera del directivo, durante el encuentro sobre sostenibilidad del SNS organizado por SEDISA.
- “Es innegable la eficacia y la eficiencia de la gestión mixta en el hospital mediano” César Pascual, candidato a la vicepresidencia de SEDISA.
- SEDISA, presente en el III Encuentro Global de Parlamentario, inaugurado por la secretaria general de sanidad/ Farjas insta a afrontar el déficit sanitario.
- Inteligencia emocional para directivos sanitarios, Jornada sobre gestión relacional en Alicante.
- SEDISA premia a Mario González y a la Fe de Valencia. Primera edición de los premios en gestión sanitaria SEDISA – El Médico.
- Hospital La Princesa de Madrid ahorra 2.400 euros por paciente al año en terapias biológicas, con relación al límite impuesto por esta Comunidad Autónoma en 2011.
- “Los servicios serán unidades de gestión clínica con presupuesto”, Cristina Granados, Gerente del Área de Gestión Integrada de Guadalajara.

➤ **Fundación:**

- Directivos de hospitales explican cómo ahorran en terapias biológicas, Jornada de SEDISA y Fundación SEDISA con la colaboración de Pfizer.
- José Ignacio Echániz destaca el perfil “cien por cien profesional” de los directivos incorporados a su proyecto. En la I Jornada de gestión SEDISA- Pfizer, celebrado en Toledo.

➤ **Junta Directiva:**

- La candidatura de Joaquín Estévez forma la nueva Junta Directiva de SEDISA con César Pascual de Vicepresidente, al tratarse de la única presentada a los comicios.

➤ **Informe Comentados:**

- European Hospital Doctor Salaries.
- Consenso para la defensa, sostenibilidad y suficiencia de nuestro SNS.

- Deuda pública con el sector sanitario privado.
- Un sistema sanitario sostenible.

➤ **18 Congreso Nacional de Hospitales:**

Los organizadores del 18º Congreso debaten sobre el “valor” de la organización sanitaria, en una Jornada en el Hospital Cruces de Barakaldo.

REVISTA SEDISA S.XXI Nº 27 DICIEMBRE 2012

➤ **Editorial:**

- **“Gestión logística hospitalaria, ¿cómo medirla?”**. Hidalgo Serrano, David; Pérez Gordo, José Manuel; Martín Martín, Francisco Gabriel; Balsalobre Salvador, Jesús Bruno; Molina García, Sebastián; APES Hospital de Poniente.
- **“Los nuevos líderes que necesita el Sistema Sanitario”**. M^a. Luz del Valle

➤ **Entrevistas:**

- **“La fidelidad política del directivo es más propia de la izquierda”**. Javier Fernández-Lasquetty, Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid

➤ **Artículos:**

- **“¿Liderazgo situacional? Liderazgo para la gestión integral de la asistencia”**. Ceballos Alonso, C. (1); Martínez Iglesias, R. (2); García Juan, R. (3); Zapico, N. (4). / Directora Médico (1); Gerente de Atención Especializada (2); Gerente de Salud de Área (3); Subdirector Médico de Procesos Asistenciales (4)
- **“Aportación de internet y las redes sociales a la promoción de la salud”**.
- **“Disminución de los efectos adversos a medicamentos en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz tras implantar acciones de mejora”**. Alonso Núñez, Vicente*; Rangel Mayoral, Juan Francisco**; Doblaré Castellano, Emilio*** *Médico de Admisión y Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Exdirector de

Atención Sanitaria del Área de Salud de Badajoz. **Coordinador de Farmacia de Área. Área de Salud de Badajoz. *** FEA Inmunología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Exgerente del Área de Salud de Badajoz

➤ **Información SEDISA:**

- El perfil del paciente con riesgos cardiovascular, clave para reducir el ingreso.
- SEDISA expone su plan de formación profesional en la Real Academia de Medicina.
- Profesionales debaten sobre el área asistencial integrada en el SESCAM.
- La supresión de las “peonadas” redundará en mayor rendimiento del sanitario.
- Mariano Guerrero, secretario de SEDISA, accésit en los Premios Reflexiones de Sanitaria 2000.
- SEDISA S.XXI premia sus tres mejores artículos científicos durante las V Jornadas Nacionales de SEDISA.

➤ **Libros:**

- El diagnóstico social sanitario.
- Los tiempos de la geriatría.
- Transformaciones del Estado social.

➤ **Fundación:**

- La Fundación SEDISA entrega su galardón anual.
- El Patronato de la Fundación SEDISA aprueba el Plan de Actuación 2013.

➤ **Junta Directiva:**

- Ratificada la Comisión Permanente de la Junta Directiva de SEDISA, encabezada por su presidente.

➤ **18 Congreso Nacional de Hospitales:**

- “Nuestro objetivo es sostener lo que funciona y desechar lo que no”.

- Bilbao, 2013: El Congreso más esperado, se prevé la asistencia de más de dos millares de profesionales de la gestión.

➤ **Asamblea de socios:**

- Los socios dan luz verde a los Presupuestos de 2013, asamblea general celebrada en el Hospital de Guadalajara.

PREMIOS REVISTA SEDISA S.XXI 2011

Guadalajara, 23 denoviembre de 2012.

Emitiendo sus votos como jurado, miembros de SEDISA, de Amgen y Bayer, se adjudicaron los siguientes premios en las Jornadas Nacionales de SEDISA:

1^{er} premio

“Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España”. **D. Carlos A. Arenas Díaz.**

2º premio

“Liderazgo situacional”. **D. José Antonio Moreno.**

3^{er} premio

“Gestión por competencias y aplicación a la formación continuada como pilar de sostenibilidad al sistema sanitario”. **Dña. Raquel Martínez Iglesias.**

ASAMBLEAS Y JUNTAS DIRECTIVAS DE CEDE

D. Mariano Guerrero Fernández, como representante de SEDISA en CEDE, acudió a las siguientes reuniones de CEDE:

Junta Directiva

- 13 de junio de 2012. Madrid
- 26 de septiembre de 2012. Madrid
- 13 de noviembre de 2012. Madrid

Asamblea General

- 13 de junio de 2012. Madrid

CONGRESOS Y JORNADAS

A.- Gestión del dolor en el Sistema Sanitario

9 de febrero de 2012. Guadalajara (Hospital General Universitario de Guadalajara)

El abordaje del dolor posquirúrgico por medio de unidades especializadas constituye una asignatura pendiente en la mayoría de los hospitales españoles (solo el 10 por ciento dispone de ellas) e incluso en los planes de salud autonómicos y nacionales (en las autonomías de Madrid, Castilla-La Mancha y Castilla y León, por ejemplo, cuentan con ellas el 29 por ciento de los centros) ya que no en todos los casos se aborda este aspecto de la salud de una manera estructurada, según han expuesto altos cargos directivos y sanitarios durante una jornada monográfica que ha organizado este jueves, en el Hospital de Guadalajara, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).



De hecho, en Castilla-La Mancha apenas este centro dispone de unidad específica para el tratamiento del dolor posterior a la cirugía, según ha señalado José Ramón Rodríguez, jefe del Servicio de Anestesia y Reumatología interpelado, tras su intervención, por Isabel Sánchez, directora médica de Grünenthal Pharma, compañía patrocinadora del encuentro, que también ha contado con la presencia del gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Luis Carretero; el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez; y la gerente del hospital, Cristina Granados, entre otras personalidades. Carretero, en la inauguración del evento, ha recordado la importancia de aliviar el dolor y ha subrayado el reto de medir su grado e intensidad como parte de los objetivos y estrategias que debe tener en cuenta su correcto abordaje. Estévez, por su parte, ha citado el derecho a ser asistido frente al hecho doloroso de acuerdo con las

resoluciones aprobadas por la Organización de Naciones Unidas (ONU) y el Consejo Social Europeo, y ha echado en falta una estrategia global para su abordaje, si bien ha reconocido la existencia de planes autonómicos de gestión integral del dolor.



También intervino en el acto inaugural el director general de Grünenthal Iberia, Guillermo Castillo, quien informó de que la compañía “contribuye a la implantación de un sistema de formación en [manejo] del dolor del que ya se han beneficiado 5.000 profesionales sanitarios”.





Por otra parte, la asistencia del dolor en el domicilio del enfermo constituye un nivel asistencial que, a juicio de Ángel José Sastre, responsable de una de las unidades de cuidados paliativos del área de Guadalajara y presente en la jornada, no debería desvincularse de la Atención Primaria, hospitalaria y socio-sanitaria por cuanto “resta tiempo, espacio y costes” aunque no está exenta de dificultades para su ejecución (sin ir más lejos, en esa provincia existe una considerable dispersión geográfica que obliga a efectuar traslados de personal sanitario para atender a unos pocos enfermos en zonas alejadas, de acuerdo con el propio Sastre.

B. -Modelos de acceso y optimización en la gestión de terapias biológicas.

II Encuentro SEDISA-PFIZER

7 de marzo de 2012. Madrid (Hospital Universitario Santa Cristina).

Los comités de evaluación para el tratamiento de enfermedades que requieren de medicamentos específicos (como es el caso, por ejemplo, de las terapias biológicas) sanean la cuenta de resultados de los centros sanitarios en un grado nada desdeñable, ya que permiten racionalizar el gasto hospitalario en su capítulo de farmacia, tal como han expuesto este miércoles, en el Hospital Santa Cristina de Madrid, destacados profesionales del ramo de los servicios de salud autonómicos gallego, valenciano y madrileño, durante una jornada monográfica sobre “modelos de acceso y optimización en la gestión de terapias biológicas” organizada por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la farmacéutica Pfizer.

En este contexto, la gerente del Servicio Gallego de Salud (Sergas), Nieves Domínguez, recordó que, entre 2004 y 2009, el gasto farmacéutico de los hospitales regionales subió a razón de dos dígitos al año

en su recuento, situación que ha logrado corregirse por el actual departamento de salud autonómico gracias, entre otras medidas, a la centralización de compras, la unificación de los protocolos de actuación y la mejora del sistema de pago a los proveedores.

En lo referente al uso óptimo de las terapias biológicas en esta comunidad autónoma, de acuerdo con Domínguez, se crearon comités específicos que resuelven su indicación caso por caso. Así, por ejemplo, existe uno dirigido a los enfermos de esclerosis en placas que fue creado en 1996 y que decide sobre el uso de medicamentos autorizados pero revisables en función de cada paciente. En el mismo sentido, en Galicia se ha conformado un Comité Autonómico Central de Farmacia y Terapéutica que autoriza los criterios de aplicación del medicamento en función de su impacto social y económico. Para ser más precisos, la instrucción 4/2010 es la que regula la inclusión de fármacos de esta índole en las guías farmacoterapéuticas de las instituciones sanitarias del Sergas.

Otro ejemplo que dio a conocer Domínguez fue el de la Comisión para el abordaje de la artritis reumatoide, enfermedad para la que se ha elaborado un protocolo específico en un hospital autonómico desde septiembre de 2011.

Valor de los directivos y profesionales

Durante la clausura del acto, Fernández-Lasquetty se refirió, de hecho, a esta clase de publicaciones como la contribución visible de las autoridades sanitarias y de los gestores a la utilización eficiente de los recursos disponibles en terapias biológicas, por lo general tratamientos que deben evaluarse de forma individual y entre las que se puede citar, de forma genérica, el uso de anticuerpos monoclonales, vacunas y factores de crecimiento.

El acto ha sido inaugurado por el director general de Hospitales de la Comunidad de Madrid, Antonio Burgueño; el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez; y el director de Relaciones Institucionales de Pfizer, Juan José Francisco Polledo. Su clausura corrió a cargo de los dos últimos citados más el consejero de Sanidad madrileño, Javier Fernández-Lasquetty, y la gerente del centro hospitalario anfitrión del encuentro, Rosa Ramos Pérez.



C. - SEDISA, colaboradora del IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al paciente crónico. 8,9 y 10 de marzo de 2012. Alicante (Auditorio de la Diputación de Alicante – ADDA).

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, ha expuesto las bases de la nueva estrategia nacional para el abordaje de los pacientes crónicos durante la inauguración del IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, que se celebra estos días en Alicante. Mato ha explicado que se trata de un nuevo proyecto que pretende “integrar la prevención en todos los ámbitos”, así como “promover la continuidad asistencial de estos pacientes” con el fin de “cubrir sus necesidades sociosanitarias reales, muchas veces relacionadas con la dependencia”.

Según profesionales que participaron en el IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico.

De hecho, entre un 15 y un 17 por ciento de los españoles son mayores de 65 años y se calcula que en torno a 2050 España será uno de los tres países del mundo con una proporción mayor de pacientes de edad avanzada, alrededor del 30 por ciento.

Este aumento de la longevidad trae consigo la aparición de enfermedades crónicas, como la diabetes, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, insuficiencia renal o la artrosis, entre otras.

Además, inciden los profesionales, el paciente crónico suele tener varias enfermedades que coexisten, lo que conlleva una necesidad de atención y unos costes que, según se estima, suponen dos tercios del gasto total sanitario de los sistemas públicos de salud.

Los consejeros de Sanidad de la Comunidad Valenciana, Luis Rodado; Cataluña, Roi Ruiz; y País Vasco, Rafael Bengoa, han exigido a la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, que aporte “ideas nuevas” en la anunciada Estrategia nacional de abordaje a las enfermedades crónicas, presentada por la propia ministra durante la inauguración del IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria a Pacientes Crónicos, celebrado este fin de semana en Alicante. Para los tres consejeros, conocidos como “los tres tenores de la cronicidad”, resulta fundamental que dicha estrategia se traduzca en un acuerdo marco, acompañado de recursos, que facilite la implantación de nuevos planes en las comunidades y no se limite a recopilar iniciativas autonómicas.

Luis Rosado ha destacado la “importancia” de integrar el modelo de gestión de crónicas en el marco organizativo de la asistencia sanitaria hacia un modelo más participativo y proactivo por parte del paciente, como beneficiario y corresponsable de su estado de salud. Esta implicación supondrá “una mejor gestión de los recursos y un ahorro en los costes que suponen las descompensaciones e ingresos frecuentes de estos pacientes”.

Bajo el lema “Nuevos Equipos, Nuevas Competencias, Nuevas Alianzas”, las jornadas, que se celebraron con la colaboración de 17 sociedades científicas, entre ellas SEDISA, de todos los ámbitos profesionales relacionados con la enfermedad crónica en España, reúnen a internistas, médicos de familia, enfermeros, gestores, farmacéuticos, trabajadores sociales sanitarios y todos los agentes implicados en la atención al paciente crónico.

D. - Modalidades de prestación de servicios en el sector Sanitario

24 de abril de 2012. Madrid (Fundación ONCE).

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) ha organizado este martes la jornada “Modalidades de prestación de servicios en el sector sanitario”, inaugurada por Patricia Flores,

viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid; Joaquín Estévez, presidente de SEDISA; y Fernando Riaño, director corporativo de Alianzas, Sinergias y RSC de la Fundación ONCE.



Durante su intervención, Patricia Flores ha confesado sentirse “una gestora pública”: “Es de lo que hablo con más fundamento”. También ha elogiado el encuentro organizado por SEDISA, puesto que “intercambiar ideas entre gestores y empresas es siempre enriquecedor”, especialmente en esta jornada, que une “lo público y lo privado”. La viceconsejera de Asistencia Sanitaria se ha referido a la delicada situación económica en la que se encuentra España, si bien ha preferido “no hablar de crisis, sino de soluciones”. “Podemos caer en la tentación de tomar medidas sin lógica ni finalidad. Debemos tener un impulso a la acción, pero ese impulso debe ser reflexivo. Las medidas que tomemos a corto plazo deben ser coherentes con los objetivos marcados a medio y largo plazo”, ha señalado.



Patricia Flores ha recordado que la Comunidad de Madrid se caracteriza por “buscar nuevas formas de contratación”, con el objetivo de buscar una mayor eficiencia. “Ahora las empresas ya son conscientes de la situación y están abiertas a indagar en nuevas formas de contratación en función de los costes, algo impensable hace unos siete años”, ha añadido la viceconsejera, quien se

ha referido al sistema de contratación caputivo (por población asignada) de las terapias respiratorias domiciliarias. También ha destacado “la gestión de servicios compartidos y las compras agregadas” como las dos principales novedades incorporadas en la sanidad madrileña. Por su parte, Joaquín Estévez ha destacado la importancia que tiene para un hospital la gestión de los servicios asistenciales no sanitarios. “Me molesta cuando muchas veces se politiza el debate de la externalización. Los servicios públicos deben estar dirigidos por profesionales, y éstos deben conocer y emplear técnicas modernas de gestión”, ha dicho.

E. - Dirección y Gestión Relacional.

3 de mayo de 2012. Alicante (Hotel Porta Maris)



F. - Política Farmacéutica de CCAA.

8 de Mayo de 2012. Madrid (Hotel Occidental Miguel Ángel).

La nueva política farmacéutica garantizará a los ciudadanos el acceso a todos los medicamentos necesarios para hacer frente a las distintas patologías, permitirá a las administraciones sanitarias incluir criterios de eficiencia en la prestación farmacéutica y posibilitará el acceso de los pacientes a los medicamentos innovadores.

Conscientes de la futura evolución en los próximos meses de las políticas farmacéuticas y de la necesidad de ahorrar en farmacia de las CCAA, Intereconomía Conferencias organiza esta jornada donde los protagonistas del sector analizarán los principales aspectos.

G. - La innovación y tecnología sanitaria como indicadores de la sostenibilidad y de la gestión clínica.

10 de mayo de 2012. Elche (Dpto. de SaludHospitalGeneral Universitario de Elche).

La secretaria autonómica de la Conselleria de Sanitat, **Nela García**, ha visitado hoy el **Hospital General Universitario de Elche**, con motivo de la celebración de la Jornada **“La innovación y la tecnología sanitaria como indicadores de la sostenibilidad y de la gestión clínica”**, destinada a directivos de la salud.

Nela García ha sido la encargada de inaugurar el evento acompañada por el gerente del Departamento Sanitario, el doctor **Joaquín López**; la teniente de alcalde de Salud del Ayuntamiento de Elche, **Cristina Martínez**; el doctor **Mariano Guerrero**, secretario de la junta directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA); el doctor **Antonio Muñoz**, gerente del Departamento Sanitario de San Juan; y el doctor **José Antonio Viudas**, gerente del Departamento Sanitario de Villajoyosa.

El objetivo de la jornada es que diversos profesionales de varios departamentos de la provincia expusieran su punto de vista, basándose en su propia **experiencia, sobre las nuevas tecnologías y su introducción en el sistema sanitario**, así como los **efectos que de ello se derivan**.

La secretaria autonómica se ha mostrado optimista y ha mencionado los resultados conseguidos tras la aplicación de las medidas de sostenibilidad en sanidad y ha reconocido que “gracias al **esfuerzo de todos los profesionales**, se ha conseguido un hito como es **disminuir el gasto sin haber recortado ninguna prestación a los ciudadanos**”.

Nela García ha comentado algunos aspectos del nuevo modelo sanitario de gestión compartida, reinciendiendo en que **ni los profesionales ni los ciudadanos van a percibir cambios negativos** y aclarando que **“el capítulo de inversión en nuevas tecnologías seguirá en manos de la Agencia Valenciana de Salud, precisamente para garantizar la calidad y la seguridad de los pacientes, motivando al personal a que consigan el máximo rendimiento de dicha inversión”**.

Por su parte, el doctor Joaquín López ha explicado que “el tema tratado hoy es de gran interés en esta época en la que una de las grandes **prioridades de los directivos de la salud es mantener la sostenibilidad del sistema sanitario**. Algo en lo que las **nuevas tecnologías tienen un papel fundamental**”.

Los expertos han destacado en el acto, que la **tecnología sanitaria permite realizar mejores diagnósticos y tratamientos**, ayuda a la detección temprana y a la prevención de determinadas patologías, promueve la puesta en marcha de procesos eficientes y eficaces, permite llevar a cabo telecuidados en la distancia y, sobre todo, facilita la labor de los profesionales y la agiliza. Pero, por otro lado, **no hay que olvidar que las innovaciones benefician de igual manera o incluso más a los usuarios**, y es que estos avances **contribuyen también a un considerable aumento de la calidad asistencial**.

Desarrollo de la jornada



El acto se ha dividido en **dos mesas redondas y una conferencia magistral**. La primera de las mesas redondas se ha centrado en “**el conocimiento clínico y la gestión de la innovación**”, un tema sobre el que han debatido diversos profesionales aportando su punto de vista y experiencia.

Así, el doctor **José Antonio Viedma**, jefe de servicios de Análisis Clínicos

del Hospital ilicitano, ha hablado de “**La Automatización en Laboratorio de Análisis Clínicos: Cadena química seca**”. Por otro lado, el doctor **Andrés Navarro**, responsable de Farmacia del Hospital, se ha centrado en la “**Automatización aplicada a Farmacia hospitalaria: eficacia y seguridad**”; y el doctor **José Luis Soto**, director de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital General Universitario de Elche, ha impartido la charla sobre “**La genética molecular como inductor a la medicina personalizada**”. Por último, el doctor **Antonio Ramírez**, doctor en Farma-Economía y jefe de Departamento G. Ferrer se ha centrado en la “**Evaluación Económica Aplicada a Plataformas Genéticas**”.

La segunda mesa redonda ha llevado por título **“La tecnología aplicada en los sistemas sanitarios como signo de calidad asistencial”**, y en ella ha participado el doctor **Manuel Sánchez**, coordinador del Centro de Salud del Raval, quien ha aportado su experiencia en **“Telemedicina: La gestión de la cronicidad, programa Valcronic”**. Por su parte, Dña. **Rosario Rodríguez**, ingeniera técnica en Informática de Sistemas e ingeniería técnica en Informática de Gestión del Hospital ilicitano, ha hablado de **“Nuevas tecnologías aplicadas a la endoscopia digestiva e integración en la historia clínica electrónica del paciente”**.

El doctor **Gregorio Gómez**, director de gestión Sanitaria de Sistemas de Información de la Conselleria de Sanidad, se ha centrado en la **“Historia de Salud Electrónica de la Agencia Valenciana de Salud”**, y Don **Vicente Montiel**, gerente de la consultora Tabarca-Consulting, ha centrado su exposición en la **“Salud 2.0. Las redes sociales como herramienta en la divulgación y comunicación en Sanidad”**.

Posteriormente, ha tenido lugar la **conferencia magistral “Mando Intermedio y la tecnología: Alianza de fines y medios”**, impartida por la doctora **Isabel González**, jefa del Servicio Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Sant Joan de Alacant.

El acto ha sido clausurado por el director territorial de la Conselleria de Sanitat, Don **José Ángel Sánchez Navajas**, la alcaldesa del Excelentísimo Ayuntamiento de Elche, Dña. **Mercedes Alonso**, y el gerente del Departamento Sanitario, el doctor **Joaquín López**.

H.–Formación y gestión de gerencias únicas.

I Jornadas de Gestión SEDISA-PFIZER.

10 y 11 de mayo de 2010. Toledo (SESCAM)

El consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha, José Ignacio Echániz, ha presumido de disponer de un equipo de directivos de la salud incorporados a su proyecto en esta comunidad autónoma con un perfil “cien por cien profesional”, uno de los objetivos por los que lucha el colectivo que los representa, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), organizadora de una jornada sobre “formación y gestión de gerencias únicas” celebrada en Toledo con la colaboración del Sescam y de la compañía Farmacéutica Pfizer.

Además, el mandatario del Partido Popular ha considerado que el grave déficit con que se ha topado el actual ejecutivo autonómico debe convertirse en una “oportunidad” para ejecutar reformas

“enquistadas” en el Sistema Nacional de Salud desde la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986.

Durante su discurso, Echániz dio por bueno el Real Decreto recién aprobado por el Gobierno central “con cerca de 50 medidas de gestión de la sanidad”, porque aporta “los instrumentos adecuados” para lidiar la situación del sector en la autonomía castellano-manchega. “Ahora hay que hacer de la necesidad virtud y debemos aprovechar para llevar a cabo avances en problemas no resueltos: es un momento muy singular para ello”, apuntó.



El máximo responsable de la sanidad castellano-manchega confesó que, en el mes de enero, se enfrentó a una situación “de extrema gravedad” y, sin embargo, se logró salir de ella, en alusión a la falta de ingresos y aumento persistente de los gastos heredados, según dio a entender, del anterior ejecutivo regional.

Durante la presentación de la jornada, que reunió a unos cien altos cargos directivos de toda España, también intervinieron el director de Relaciones Institucionales de Pfizer, Juan José Polledo, y el secretario de SEDISA, Mariano Guerrero, quien se mostró firme partidario de la gestión única y de la financiación capitativa como aspectos clave de la futura gestión del sistema sanitario.



I.–Debate con los expertos: ¿Qué falla en la vacunación del personal sanitario?

16 de mayo de 2012. Galicia (Sede de la FEGAS).

No es frecuente que un grupo de expertos se reúna en mayo para hablar de la gripe. Mucho menos que, en concreto, analicen los motivos por los que no se vacunan los profesionales sanitarios y qué medidas habría que adoptar para aumentar la cobertura vacunal en ellos.

En este sentido, un análisis de la Universidad de Lovaina establece un **promedio anual de vacunación de los profesionales sanitarios entre el 15 por ciento y el 25 por ciento**, una cifra muy lejana al **75 por ciento** que la **Organización Mundial de la Salud recomienda** en grupos de riesgo, como es el caso del personal sanitario. En dicho promedio existen extremos, como en el caso de Francia, donde se estima que se vacuna entre el 30 por ciento y el 40 por ciento de los profesionales.

En España, estudios llevados a cabo desde el año 2001 ponen de manifiesto que la cobertura de vacunación contra la gripe pasa del 16 por ciento en médicos al 11 por ciento en ATS.



Las causas más frecuentes de la escasa adherencia van desde la errónea apreciación de la eficacia vacunal, posiblemente relacionada con la confusión que infunde frente a otras infecciones de tipo respiratorio que se diagnostican como “cuadros gripales”, la baja percepción del riesgo de enfermar

que existe entre los trabajadores sanitarios y la banalización de su trascendencia clínica, así como el olvido de entender la gripe como una posible infección nosocomial en la que los trabajadores sanitarios pueden intervenir como transmisores. Es de destacar, en este sentido, que el 75% de los trabajadores sanitarios con síntomas de gripe continúa trabajando mientras está enfermo.

El presente documento recoge los contenidos tratados por un panel de seis expertos acerca de “*¿Qué falla en la vacunación del personal sanitario?*” el pasado 16 de mayo en Santiago de Compostela, organizado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), con la colaboración de Sanofi Pasteur MSD. Dicho panel de expertos ha tratado de dimensionar el problema y poner sobre la mesa la realidad, ver qué alternativas existen para abordar la situación desde la información, la formación y la gestión de recursos.

Como punto de partida, destacar el artículo 23 de la Ley de Salud Pública de 4 de octubre del año 2011: De la colaboración entre los servicios asistenciales y los de salud pública. Asimismo, hacer hincapié en el apartado H de dicho artículo: Colaborar con la dirección estratégica de los equipos asistenciales para el cumplimiento de sus objetivos de salud.

PANEL DE EXPERTOS



Xurxo Hervada Vidal

Subdirector Xeral de Información

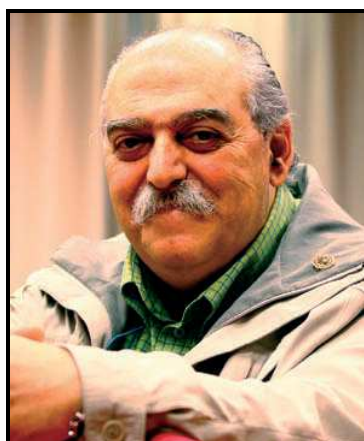
Sobre Saúde e Epidemioloxía (Xunta de Galicia)



Vicente Domínguez Hernández

Jefe de Servicio de Medicina Preventiva

CHUAC (A Coruña)



Carlos Quintas Fernández

Jefe de Servicio de Medicina Preventiva Hospital (Lugo). Presidente de la Sociedad Gallega de Médicos del Trabajo y Profesionales de Prevención.



Ramón Ares Rico

Xerente executivo del Hospital Virxen Lucus Augusti da Xunqueira. Cee (A Coruña)
Vocal por Galicia de la Junta Directiva de SEDISA.



Margarita Cueto

Jefa de sección del Hospital de Vigo (Pontevedra)



Manuel Gómez

Subdirector de área de recursos humanos del Hospital Lucus Augusti (Lugo)

J.–SEDISA participa en el Congreso Sostenibilidad del Sistema Sanitario gracias a las TIC.

17 de mayo de 2012. Zaragoza (Edificio Pignatelli)

Siendo más específicos, es evidente que las TIC permiten una mayor flexibilidad y movilidad de los servicios, lo que supone una mejora en la calidad y reducción del coste. La utilización de aplicaciones clínicas integradas en redes inalámbricas en un recinto hospitalario o la asistencia remota a pacientes, por citar un par de ejemplos, pueden transformar el funcionamiento del sistema sanitario, haciéndolo más eficiente, efectivo y competitivo.

Como vemos, es un terreno amplio, que permite explorar diversas iniciativas y que se pone de manifiesto en varias áreas temáticas posibles a abordar en el Congreso:

- SOLUCIONES EN MOVILIDAD PARA ENTORNOS SANITARIOS (Monitorización, intercambio de información, gestión de activos hospitalarios)
- SERVICIOS ASISTENCIALES PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS
- CONTROL Y ASISTENCIA DE PACIENTES EXTERNOS (Telemedicina-teleasistencia)
- EQUIPOS MÉDICOS COLABORATIVOS (Equipos virtuales)
- EQUIPAMIENTO TIC (Planta, UCI y quirófano)



Además, otro elemento diferenciador de este Congreso, de carácter nacional pero con el apoyo del gobierno de Aragón detrás, es que está dirigido como público asistente, únicamente a las personas con capacidad decisoria a la hora de invertir en la implantación de las TIC en el entorno sanitario de todo el territorio español, pudiendo citar a: gerentes de hospitales, gerentes de mutuas y aseguradoras y responsables de Administración pública. Las invitaciones se cursarán personalmente a los interesados.

El Congreso pretende explicar a este público seleccionado el cambio de

modelo propuesto (Sanidad-TIC-Economía), mostrando para ello los últimos avances tecnológicos para entornos sanitarios, tanto software como hardware, y los servicios añadidos que conllevan, siempre bajo el prisma de obtención de reducción de costes y aumento de eficacia y eficiencia.

K.– Mesa de Consenso sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud.

23 de mayo de 2012. Madrid

La motivación, el liderazgo o la capacidad de influir en los demás, y también el grado de conocimientos técnicos, se revelan como las parcelas que los directivos de la salud en España ven susceptibles de mejorar en su profesión, de acuerdo con un informe reciente elaborado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) con la colaboración de TEA Cegos, empresa especializada en formación y gestión de los recursos humanos. Por esta razón, representantes de ambas entidades han celebrado este miércoles una “mesa de consenso” cuya conclusión fundamental reside en la apuesta de SEDISA “por la formación, capacitación y evaluación” de los directivos sanitarios que permita un adecuado recambio generacional en el sector, así como “por la coordinación con agrupaciones que desarrollen programas docentes” para favorecer la consecución de esos objetivos por parte de quienes dirigen las organizaciones sanitarias del país, ha declarado a Redacción Médica el principal coordinador de la investigación, el secretario de SEDISA y director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud, Mariano Guerrero.



A la reunión –que se ha convocado con el objeto de transformar en propuestas concretas los resultados de las encuestas difundidas en su momento– han acudido importantes gerentes de hospital y directivos de centros públicos y privados, caso del subgerente del Clínico San Carlos de Madrid, Javier Guerra; del

gerente del USP San Jaime –Torrevieja– y del USP San Carlos de Murcia, Roberto Ferrándiz, y del director de Innovación de Capio, Raimon Belenes. Asimismo, asistieron al foro exaltos cargos de la Administración estatal como Emilia Sánchez Chamorro, quien ostentó en su momento la subdirección general de Formación Sanitaria en el Ministerio de Sanidad y ejerce en la actualidad como directora de Proyectos e Innovación en el San Juan de Dios de Barcelona, y miembros de la cúpula directiva de la propia SEDISA, como Isabel Tovar. En el ramo académico intervinieron, entre otros, el vicedecano académico de Esade, Manel Peiró; el director académico y profesor en la Universidad Oberta de Cataluña, Julio Villalobos; y el director de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, Eloy Jiménez, quien apuntó que, mientras el sistema sanitario público funcione como hasta ahora, en realidad forma parte de la naturaleza humana que el responsable político elija al directivo que más confianza le inspira.

En este sentido, la gerente del Hospital de Guadalajara, Cristina Granados, precisó que, en esta comunidad autónoma, nadie puede negar que el nuevo equipo de directivos de la salud nombrado por el Ejecutivo autonómico lo integran profesionales de la gestión que, además, han destacado por su capacidad ejecutiva y técnica en el sector.



Por otra parte, Belenes aludió al estudio completo llevado a cabo por SEDISA y TEA Cegos y lo tachó de “una precisa radiografía del mapa de habilidades de los directivos de la salud en España”, por lo que, en su opinión, “habría que hacer algo similar cada tres o cuatro años”. Además, subrayó la trascendencia del proyecto que encabeza Guerrero (y del que se ocupan él, Belenes y Tovar, fundamentalmente), por cuanto “en breve habrá un recambio generacional” en el

colectivo de dirigentes sanitarios. Tampoco desdeñó señalar hacia dónde debe dirigirse ese programa formativo que planifica SEDISA: “La crisis económica va a impactar en el perfil del gestor sanitario; frente al excesivo énfasis que se le dio en otro momento a los conocimientos formativos, ahora [el itinerario formativo] debe pivotar en aspectos como las habilidades directivas de liderazgo y capacidad para motivar”. Conocedor de su proyección internacional como directivo, Guerrero le interrogó acerca

del modelo de gestión sanitaria francés, a lo que Belenes replicó que, si bien supera al español en la transparencia de los nombramientos de los directivos, la gestión que después se lleva a cabo “es peor” que la española. No obstante, el directivo de Capiro insistió en que “España es el único país en el que los directivos dependen de la influencia de los políticos” en el sector salud, al menos en el entorno europeo y salvo alguna excepción como la de Grecia.

L. – I. Foro de Gestión Sanitaria e Innovación Clínica 24 y 25 de mayo de 2012. Barcelona (Recinto Montjuïc)

Barcelona se convertirá este jueves y viernes en capital sanitaria gracias, a la celebración de la primera edición del Foro MIHealth Management & Clinical Innovation en el Palacio de Congresos de Fira de Barcelona, para aportar soluciones innovadoras, tanto nacionales como internacionales, para el sistema sanitario español, en el actual contexto de recortes.

Cerca de 1.000 clínicos, gestores e industria sanitaria se reunirán en este evento --que coincide con foros más pequeños en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), Iese y Aces-- para compartir propuestas para facilitar la transferencia de nuevas ideas al sector productivo y aplicando soluciones innovadoras en la asistencia sanitaria que permitan contribuir a que el sistema de salud sea sostenible.

Según el presidente del MIHealth Forum y director del Hospital Clínic, Josep Maria Piqué, el foro debatirá qué cambios hay que introducir en el sistema para que sean cuales sean los recursos ésos sean eficientes y productivos.

El foro se estructura en cuatro ejes relacionados con el conocimiento clínico y la gestión de la innovación --de la idea al mercado--, las tecnologías para la transformación del sistema sanitario, la innovación en la gestión de las organizaciones de la salud y la sostenibilidad del sistema.

Junto a Piqué, el conseller de Salut de la Generalitat, Boi Ruiz, inaugurará las jornadas que contarán con 78 ponentes, la mayoría internacionales.

En el programa, figuran nombres como el fundador del Laboratorio de Planificación Quirúrgica de Harvard (Boston, EEUU), Ron Kikinis; el director general del National Institute for Health & Clinical

Excellence (NICE) del Reino Unido, Andrew Dillon; el director general del clúster hospitalario de Central Kowloon (Hong Kong), Hung Chi-Tim, y la investigadora de la división conjunta de Tecnología y Ciencias de la Salud de Harvard-MIT, Mercè Balcells.

Algunos de los casos de éxito que se abordarán en el encuentro son las organizaciones americanas conocidas como ACO –Accountable Care Organizations-- y las colaboraciones públicas-privadas.

El salón, que también contará con una zona de exposición, abordará la gestión de la innovación en todos los niveles del sistema sanitario, desde el asistencial al estructural.

COMITÉ CIENTÍFICO: VEINTE EXPERTOS

Fira de Barcelona ha contado con la colaboración y asesoramiento de un comité científico formado por una veintena de expertos del sector sanitario procedentes de distintos hospitales españoles, consejerías de salud, Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, colegios de médicos y escuelas de negocios.

El foro también cuenta con el apoyo de más de veinte instituciones entre las que destacan los gobiernos catalán y vasco, la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, el Colegio de Médicos de Barcelona, la Sociedad Española de Directivos de la Salud, y los principales hospitales (Red Ítemas y Regic, que concentran el 80 por ciento de la inversión en investigación en España), Ametic y Farmaindustria

M. - El Tercer Nivel Asistencial

Primeras Jornadas SEDISA-FENIN

29 de mayo de 2012. Valencia (Hospital General Univ. de Valencia).

La asistencia sanitaria domiciliaria disminuye los costes hospitalarios y mejora la calidad de vida de los pacientes, tal como se ha puesto de manifiesto hoy en la **Primera Jornada SEDISA- Fenin**, celebrada en el Hospital General Universitario de Valencia y promovida por la **Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria** y la **Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)**

La inauguración de las jornadas ha corrido a cargo de Isabel Davila, directora ejecutiva de FENIN, Mariano Guerrero y el Conseller de Sanidad de la C.Valencia Luis Rosado.

El carácter innovador de las empresas del sector ha permitido encontrar una fórmula de gestión sanitaria en la que el paciente y el tratamiento de su enfermedad son los objetivos de un proceso eficiente económico y asistencialmente, que permiten colaborar en la necesaria sostenibilidad del sistema sanitario, señalaba **Isabel Davila**, directora ejecutiva de FENIN.

Por su parte, **Mariano Guerrero**, secretario de SEDISA, ha subrayado la importancia de esta jornada como punto de encuentro de profesionales de la salud, gerentes y representantes de la industria de tecnología sanitaria para optimizar el tercer nivel asistencial, tomando como ejemplo tres áreas: la hospitalización a domicilio, las terapias respiratorias domiciliarias y la atención a pacientes crónicos.

Durante muchos años la atención domiciliaria como modalidad asistencial ha pasado desapercibida. Es ahora, en el contexto económico actual, cuando todas las miradas se dirigen al tercer nivel asistencial como medida de ahorro de los costes hospitalarios. *“El domicilio del paciente es un lugar terapéutico idóneo donde prestar asistencia sanitaria continua y eficaz. La terapia respiratoria domiciliaria es un buen ejemplo de un servicio de salud moderno, efectivo y de calidad”*, concluye Mariano Guerrero.

El conseller ha señalado a la gestión sanitaria como una subespecialidad de la sanidad y ha destacado que “dado que existe SEDISA se tiene la sensación que hay una doctrina detrás”

Ha indicado que existe la necesidad de un cambio sanitario, y que aunque no sea el momento más adecuado hay decisiones que se toman por necesidad y no por opción. Y de la importancia que cobran las terapias respiratorias como parte de ese cambio sanitario.





La primera mesa, **Lahospitalización a domicilio como primer hospital de la Comunidad** estuvo moderada por **Juan Antonio Marqués**, director gerente del H. General de Alicante y presidente de la asociación territorial de SEDISA en la C. Valenciana. **Bernardo Valdivieso**, del H.La FE, señalaba cómo la comunidad valencia va por delante, respecto a la hospitalización a domicilio, de Europa. Y cómo hay que seguir trabajando con propuestas de innovación. **Gregorio**

Achutegui hizo lo propio contando su experiencia en el P. Vasco, señalando que hay que reducir los ingresos a la mínima expresión ya que repercutirá favorablemente en los costes del hospital. Y Rafael Micó, director de Atención Ambulatoria, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, apuntaba cómo gracias a la OHD es posible reducir costes manteniendo los resultados en salud.

Como resumen de la mesa, **Coste eficiencia de las terapias respiratorias domiciliarias**, **Guillermo Ferrán** indicaba cómo el sistema sanitario debe prestar la asistencia de calidad en el momento adecuado y cómo las terapias respiratorias domiciliarias contribuyen a ello. **Enrique Ballester**, a su vez, daba datos de cuál sería el coste €/día de hospitalización en UCI y del coste €/día en domicilio, mucho más alto en UCI. Gracias a las terapias respiratorias domiciliarias se optimizan los recursos compartidos.

Según palabras de Don Jesús Escudero, vicepresidente del Sector de Oxigenoterapia y Otras Terapias Respiratorias Domiciliarias de Fenin, "resulta más caro para el Sistema Nacional de Salud no tratar a un paciente con nuestras terapias que tratarle. El sector emplea a más de 1.600 personas llevando al domicilio del paciente la tecnología y los profesionales sanitarios necesarios para el mejor tratamiento de la enfermedades respiratorias".



Durante la presentación de VALCRONIC, el doctor Yarza indicaba cómo el cambio en el modelo asistencial es inherente a las nuevas tecnologías y abogaba por el autocuidado del paciente mediante modelos de gestión de pacientes crónicos.

Situación que han expuesto Julio Jesús Sánchez, de Telefónica, hablando del “qué” de Valcronic y Domingo Orozco, Semfyc, hablando del “cómo”.

N.–Societal Impact of Pain (SIP) 2012

29 – 31 de mayo de 2012. Copenhague.

El dolor crónico constituye no solo una grave carga para el individuo, sino también de la sociedad, incluida una enorme carga económica para los sistemas de salud. Hasta el momento, un programa estructurado de las instituciones de la UE dirigidas a los desafíos y consecuencias a largo plazo del dolor crónico no se encuentra.

Por lo tanto, que EFIC, como una de las sociedades científicas más relevantes de los profesionales sanitarios para el estudio del dolor en Europa, pide que los políticos y tomadores de decisiones tanto a adoptar una forma mucho más amplia, una perspectiva estratégica en sus deliberaciones con respecto a la prestación de servicios y asignación de recursos.

Tras el primer simposio SIP en mayo de 2010, el segundo simposio SIP tuvo lugar en el Parlamento de la UE en mayo de 2011. Un resultado importante de la SIP 2011 fue la "Hoja de Ruta para la Acción", que

resume las cuestiones clave sobre cómo las instituciones de la UE y los Estados miembros podrían abordar con eficacia el impacto social del dolor tanto en la UE como a nivel nacional.

Sobre la base de la enorme respuesta de la preciosa simposios SIP EFIC Grünenthal y han decidido organizar SIP 2012. El implementación nacional y de la UE de la Hoja de Ruta para la Acción wil ser un tema central de discusión.

En el primer semestre de 2012, Dinamarca asumirá la presidencia del Consejo de la Unión Europea. Con el apoyo de un gran grupo de actores daneses y EFIC UE tiene como objetivo sensibilizar a la Presidencia del Consejo de la Unión Europea para el impacto social del dolor mediante la organización de SIP de 2012 en Dinamarca, Copenhague.

Ñ. –XI Aula Bayer de debate sociosanitario.

14 y 15 de junio de 2012. Madrid (Colegio de Médicos de Madrid).

Los directivos de la salud reconocen su dependencia de los políticos e incluso de las demandas sociales, y a esos dos factores atribuyen su falta de reacción para contener el déficit del sistema sanitario público antes de que apareciera en escena la crisis económica internacional. “Se dejaron llevar” en tiempos de bonanza como no pudo ser de otra manera, ya que, por entonces, la ciudadanía y los mandos políticos reclamaban crecimiento del gasto sanitario en forma de más y mejores hospitales, aumento de las plantillas y desarrollo de las plataformas tecnológicas, según apuntó, entre otros, el gerente del Servicio Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl), Eduardo García Prieto, durante la XI Aula Bayer de debate sociosanitario celebrada en el Colegio de Médicos de Madrid.



Moderaron el debate el director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud, Mariano Guerrero, y el director de Innovación del Grupo Capio, Raimon Belenes. Ambos coincidieron en que, pese a la incapacidad del directivo en los años previos a la crisis para contener el gasto sanitario, también es justo reconocer que, en España, esta figura fue partícipe de la preponderancia de buenos profesionales clínicos en los hospitales y de otros logros como, por ejemplo, “buenos sistemas métricos” de evaluación de procesos “que otros países, con igual o superior grado de desarrollo, no poseen”.

Por su parte, el gerente del Sector Zaragoza II y exgerente del HUCA de Asturias, Mario González, intervino en la misma línea justificadora del colectivo de directivos sanitarios, ya que, tras recordar que “no se les obliga a cesar por malos resultados económicos”, apuntó que “han de adaptarse a las necesidades que marcan los políticos e incluso la sociedad, que reclama más servicios a costa del gasto farmacéutico y tecnológico”.

Belenes también hizo memoria y precisó que, apenas hace unos ocho o nueve años, “el lema de los sindicatos médicos era el de ser los peor pagados de Europa”; esto es, unos y otros altos cargos de la “macro”, “meso” y “micro” gestión de la salud (por hacer uso de sus propias expresiones) concluyeron que la mentalidad de los diversos agentes antes de la crisis hacía muy difícil, si no imposible, la promoción de una política ahorradora y previsora promovida por los gerentes y directivos.

González incluso mencionó la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicada entre 2001 y 2002, “y que tanto daño ha hecho a la sanidad [española] en su conjunto”, que situaba el Sistema Nacional de Salud como el tercero mejor del mundo. Acto seguido, citó otra clasificación reciente llevada a cabo “desde el punto de vista del consumidor” y en la que España aparece en el puesto 24º de 32 examinados, lo que, según dio a entender este directivo, por desgracia se aproxima más a la realidad del momento.

O. –I Jornada de cuidados y Cuidadores en el Cáncer.

12 de junio de 2012. Alicante.

El Departamento de Salud de Orihuela y la dirección de Salud Pública en colaboración con la Asociación Española Contra el Cáncer, AECC, organiza la Primera Jornada de Cuidados y Cuidadores en el Cáncer

con el objetivo de mejorar la información y actualizar contenidos, así como sensibilizar tanto a profesionales sanitarios, como voluntariado y familiares sobre la importancia de los cuidados y el apoyo emocional en este tipo de enfermedad.

La jornada, que tendrá un carácter multidisciplinar, contará con la participación de diversos agentes relacionados de forma directa e indirecta con las personas que sufren una patología oncológica. Profesionales sanitarios como oncólogos, psicólogos, profesionales de enfermería, además de investigadores, especialistas en bioética, pacientes, familiares, ONGs y cuidadores formarán parte de este foro de encuentro que pretende además potenciar la labor de los cuidadores y aportar conocimientos básicos en el manejo psicológico de enfermos y familiares.

Isabel de Miguel, asesora de la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad, acompañada del alcalde de Almoradí, Antonio Ángel Hurtado, y el gerente del Departamento de salud de Orihuela, Carlos Arenas, serán los encargados de inaugurar la jornada

La AECC contribuye activamente en el departamento prestando atención y apoyo a pacientes y familiares que están en tratamiento oncológico en el centro hospitalario. Además, ofrece información sobre el cáncer como es la prevención y detección precoz. Doña Belén Ortiz, gerente de la AECC, presenta en las jornadas los programas que la Asociación Española Contra el Cáncer mantiene en la Vega Baja. Igualmente, Beatriz Galván, psicooncóloga de la AECC y coordinadora del voluntariado en el hospital de Orihuela, explicará en su ponencia cómo es el programa de apoyo al paciente y a la familia a través del voluntariado y la atención psicooncológica. Además, los asistentes podrán escuchar el testimonio de un paciente miembro de la AECC.

Cabe resaltar que el Departamento de Salud de Orihuela cuenta desde el 2009 con una Unidad de Oncológica Médica que se creó para cubrir las necesidades de todos los pacientes que sufren un proceso oncológico y que precisan de un tratamiento especializado. El doctor Álvaro Rodríguez Lescure, jefe de Servicio de Oncología, tanto del Departamento de Orihuela como de Elche, hablará de la experiencia en la gestión de un Servicio de Oncología interdepartamental. La creación de la Unidad, supuso la integración de los oncólogos médicos de Elche y Orihuela en un único servicio funcional, gracias a ello se ha evitado los desplazamientos de los pacientes hasta otros hospitales de la red sanitaria pública para recibir el tratamiento integral y completo que precisa este tipo de enfermedades. “De esta forma, los

pacientes de nuestro departamento se han beneficiado de los programas de investigación que se generan en el entorno de este gran servicio de Oncología Médica”, ha destacado Carlos Arenas.

P. – Primera Jornada Precongresual del 18 Congreso Nacional de Hospitales

14 de junio de 2012. Madrid.

La primera jornada precongresual del 18 Congreso Nacional de Hospitales celebrada en el Hospital Universitario Cruces, Bilbao, reunió a profesionales tanto del sistema sanitario como de otros sectores para tratar la necesidad de innovación en tiempos de crisis.

En dicha jornada se destacó la necesidad de transformación del modelo de liderazgo actual

Con SEDISA y ANDE como promotoras y organizadoras del evento, la jornada se abrió con la reflexión por parte del consejero del Departamento de Sanidad y Consumo, Rafael Bengoa, de que las soluciones a los problemas actuales del sistema sanitario no pasan por la privatización, el copago o la eliminación de las prestaciones, sino por la descentralización del modelo de liderazgo para favorecer la innovación y sostenibilidad.



Durante su ponencia, Raimon Belenes Juárez, director de Innovación de Capio Sanidad (Barcelona), incidió en la innovación como base de la prosperidad de los países y que para conseguirla es necesaria la madurez de las organizaciones, la implicación de los profesionales y un liderazgo directivo diferente del actual.

Félix Rubial Bernárdez, director general de Asistencia Sanitaria del Sergas (A Coruña), desarrolló esta última idea, y explicó que la difusión en todas las áreas del hospital del lema “Mi trabajo sería más fácil, si...”, propició el desarrollo de dos nuevos proyectos de innovación.

José Manuel Ladrón de Guevara, director médico del Hospital Universitario Donostia, evidenció que la fusión de los hospitales Guipúzcoa, Amara y Nuestra Señora de Aránzazu, ya en el año 1995, supuso una innovación revolucionaria del modelo sanitario.

Por su parte, Carmen Ferrer Arnedo, gerente del Hospital de Guadarrama (Madrid), sorprendió a los asistentes con el ecosistema de desarrollo de proyectos dirigidos al paciente como la escuela de cuidadores, el uso de la técnica del Reiki o el mantenimiento de un huerto ecológico, entre otros.

Luis Campo, director general y presidente de GE Healthcare para España y Portugal, presentó el proyecto Healthy magination, dirigido a la reducción de costes, mejorar el acceso entre diferentes países y mejorar la calidad, con una inversión de 6.000 millones de dólares.

Del mismo modo, Pedro Martínez Cid, adjunto a la Dirección de Innovación, Medio Ambiente y Calidad de Iberdrola, expuso los proyectos de I+D+I que se han desarrollado, así como algunos de los proyectos previstos hasta 2014, que disponen de una inversión de 518 millones de euros.

Durante las conclusiones se recalcaron las ponencias de los representantes de Iberdrola y General Electric, donde la innovación ocupa un lugar importante entre los objetivos de la empresa, mientras que “el sector hospitalario aún se encuentra a años luz de ese nivel” - tal y como explicó Mari Luz del Valle, vicepresidenta del 18 Congreso Nacional de Hospitales.

Todos los participantes coincidieron en que uno de los aspectos más relevantes a la hora de generar proyectos innovadores es la motivación de los trabajadores para que participen y propongan soluciones a las pequeñas necesidades que se detectan a través de estrategias muy focalizadas por negocio.

Asimismo, es indispensable una gestión del conocimiento del que disponen los directivos y el reciclaje de los mismos, de cara a la obtención de mejoras en el sistema sanitario actual.

Q. - II Jornada de Salud 2.0. Más allá de Internet.

19 de junio de 2012. Alicante.

El 19 de junio hemos puesto en marcha una iniciativa que da continuidad a un proyecto iniciado el año pasado , la II Jornada de Salud 2.0, una apuesta del Departamento de Salud del Vinalopó por la innovación que suponen las nuevas tecnologías en al ámbito sanitario.

Tras el éxito obtenido el año pasado, hemos preparado un programa que esperamos sea de vuestro interés , plagado de conocidas personalidades dentro de la blogosfera sanitaria, y a la vez, amigos y cercanos compañeros, que nos acompañaran en este mundo apasionante del conocimiento compartido.

Y como no podría ser de otra forma en el contexto actual, las ponencias de la presente Jornada se acercarán al amplio abanico que la palabra “gestión” nos ofrece: gestión del conocimiento, gestión de la consulta, investigación, comunidades virtuales sostenibles, pacientes expertos, gerentes 2.0..., pero gestión sin corbata, para todos, cercana

No te lo puedes perder... pero si no puedes asistir, hemos preparado la retransmisión de la Jornada a través de streaming, siguiendo nuestro hastag #vinalopo20, con el que pretendemos llegar a todos vosotros, allá donde estéis.

La Jornada está pensada tanto para pacientes como para profesionales, así que sois libres de invitar a quien consideréis. Una de las misiones de este tipo de eventos es la difusión libre del conocimiento.

R. –Jornada sobre Tabaquismo y EPOC en el Departamento de Orihuela

21 de junio de 2012. Alicante.



El Departamento de Salud de Orihuela aborda la prevención y la deshabituación al tabaquismo, así como el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva, EPOC, en la I Jornada sobre EPOC y Tabaquismo celebrada en Benejúzar. El acto de inauguración ha contado con la presencia del alcalde de Benejúzar, Antonio Bernabé Bernabé, el director gerente del Departamento, Carlos Arenas, así como el director de Salud Pública, José Cano Montoso, y el

jefe de Servicio de Medicina Interna, Juan Custardoy.

Antonio Bernebé ha expresado la disponibilidad de las instalaciones que posee la localidad para este tipo de encuentros. “Cualquier acción que se desarrolle para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos tendrá siempre el apoyo de nuestro ayuntamiento”, ha destacado el alcalde. Asimismo, el gerente del departamento, Carlos Arenas, ha señalado que “desde el Departamento de Orihuela, en intensa coordinación con el Centro de Salud Pública, se están realizando múltiples actividades tanto preventivas como asistenciales frente a la mayor causa de muerte y morbilidad del siglo XX y XXI que es el tabaco, destacando la implicación de todos los profesionales tanto de medicina preventiva, atención primaria como especialistas”.

Durante la primera sesión de la jornada, los neumólogos del hospital Vega Baja han mostrado qué es el EPOC, cómo es su epidemiología y la prevalencia actual. El doctor Salvador Ruso Pacheco, jefe de sección de Neumología del Hospital Vega Baja, ha resaltado que “el EPOC no es una patología reversible. Pero, gracias a un diagnóstico temprano y a los tratamientos que hay disponibles, la enfermedad puede detener el curso y mejorar la calidad de vida del paciente”.

Hay que recordar que el EPOC es una patología del sistema respiratorio que provoca la obstrucción de las vías respiratorias inferiores que provoca una pérdida irreversible de la función respiratoria. Es una enfermedad que afecta a un 10,2 por ciento de la población de entre 40 y 80 años, pero en más de un

70 por ciento de los casos aún no está diagnosticada. Además, consume muchos recursos sanitarios, sobre todo en el momento final de la enfermedad. El coste medio directo del EPOC en España es de 1.712 y 3.238 euros al año

Guías y vías clínicas

Para la buena práctica asistencial, el personal sanitario que trata de una forma u otra al paciente con EPOC, utiliza las diferentes guías clínicas y vías clínicas que están establecidas. “Mientras que las guías clínicas son criterios unificados de atención pero a nivel mundial aplicables en España, las vías clínicas registran que es un plan asistencial multidisciplinar de carácter estructurado y de aplicación local, es decir, para aplicar en el hospital. “Es la representación local de las guías clínicas nacionales e internacionales”, ha afirmado el doctor José Antonio Carratalá, neumólogo del hospital.

Los profesionales del Departamento de Salud de Orihuela implicados en el abordaje del EPOC llevan varios años aplicando esta vía clínica del EPOC, elaborada por ellos mismo. Esta vía recoge indicaciones asistenciales tanto para los profesionales que se encuentran en la puerta de urgencias, como los que atienden en las unidades de hospitalización o en Atención Primaria. Esta vía clínica trata de identificar bien a un paciente concreto para optimizar su tratamiento; identificando su fenotipo clínico que tendrá un valor pronóstico y determina el tratamiento más adecuado. “Permite un enfoque personalizado para optimizar así el tratamiento y personalizarlo, porque el EPOC es una enfermedad heterogénea y no se puede tratar a todos los pacientes igual”, ha reseñado el doctor Carratalá.

Dejar de fumar es la actuación más eficaz para reducir el riesgo de padecer EPOC y detener su avance, ya que el tabaquismo es su principal causa. Según los datos aportados, el principal factor de riesgo del EPOC es la exposición o inhalación del humo del tabaco, incluida la exposición pasiva. Un 80-90 por ciento de los pacientes con EPOC son fumadores. Los programas de prevención del tabaquismo desarrollados por Salud Pública y las diferentes prestaciones sanitarias que dispone en la cartera de servicio el Departamento de Salud de Orihuela para afrontar el tabaquismo, han sido los temas tratados en la segunda sesión de la jornada.

El doctor Cano, director de Salud Pública, ha subrayado que según los datos más actuales de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana sobre tabaquismo, desde el 2001 ha habido un descenso del número de fumadores diarios que pasó del 32 por ciento en 2001 al 24,8 por ciento en 2010, asimismo

el número de personas que dejaron de fumar también sufrió un incremento. Del 11,8 por ciento que se registró en 2001 al 19,1% en 2010. Desde la dirección de salud pública llevan varios años realizando una serie de actuaciones frente al tabaquismo que van desde las legislativas, pasando por las educativas hasta, las informativas.

Prevención del tabaquismo

El Aula de Tabaco, la Red de Centros Sin Humo y Clases Sin Humo son los programas educativos que el departamento desarrolla en el ámbito de la escuela y los institutos. “Estos programas evitan la incorporación de nuevos fumadores, contribuyen a la deshabituación de las personas fumadoras y sensibiliza a toda la población”, señala el doctor Cano. Para llevar a cabo el Aula de Tabaco la Dirección de Salud Pública suministra recursos didácticos a los centros docentes para alumnos/as de 1º y 2º de la ESO que introducen a los escolares en la problemática del consumo del tabaco; desde la publicidad hasta los efectos producidos por éste. De igual forma dos monitores dirigen a grupos de 25 a 40 escolares, en horario lectivo y con una duración de 60 ó 90 minutos, una charla explicativa sobre las consecuencias que tiene el consumo del tabaco. La participación en el programa Aula de Tabaco registró un 42,21 por ciento durante el 2011.

Unidad de Deshabituación Tabáquica

La Unidad de Deshabituación Tabáquica del Departamento de Salud de Orihuela, con sede en el centro de salud de Albaterra coordinada por el doctor. Ángel Fernández, atiende a fumadores de la Vega Baja que quiere dejar de fumar. De una forma integral y a través de un tratamiento cognitivo conductual, que inciden en aquellas conductas o entornos que se asocian al consumo de tabaco, y gracias a la ayuda de fármacos. La unidad de Deshabituación Tabáquica, que se abrió en abril del 2007, ha atendido a 349 pacientes desde su apertura.

El doctor Fernández ha expuesto que “el número de mujeres atendidas en el 2011 fue mayor que el de hombres. El 53 por ciento correspondió mujeres, es decir, un total de 50 mujeres, y el 47 por ciento a varones, lo que supuso un total de 44. A principio de este año la unidad se reestructuró para poder facilitar el acceso. Actualmente, cualquier persona que quiera dejar de fumar puede acceder a ella a través, tanto de la consulta de su médico del centro de salud, como desde la consulta del neumólogo del hospital.

S. – Primer Encuentro sobre la Innovación en Gestión Clínica.

21 y 22 de junio de 2012. Toledo.

Los directivos de la salud defienden el incentivo económico para el sanitario esforzado, y ello pese a reconocer, al mismo tiempo, la imperiosa necesidad de prescindir de parte del personal contratado y bajar el ritmo de actividad de los centros hospitalarios, lo que implica agudizar el ingenio del gestor para conseguir resultados con muy poco margen de maniobra. Ésta es una de las conclusiones fundamentales a que han llegado los ponentes del Primer Encuentro sobre la Innovación en Gestión Clínica, celebrado este jueves en Toledo y organizado por la Fundación Ad Qualitatem con la colaboración de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), IBA Molecular y Elekta.



La gerente del Área Integrada de Guadalajara (que comprende los hospitales y centros de salud de la ciudad), Cristina Granados, ha reconocido que, cuando se diseñó el contrato de gestión para el actual ejercicio, se vio enseguida la dificultad de que cada servicio y profesional fuera recompensado en proporción a su rendimiento, dada la obligación “de aplanar recursos y reducir los cargos directivos, que, en nuestro caso, están dos tercios por debajo de los que hubo en el anterior año”. “Pero, al final, sí se cobrará en función del rendimiento”, matizó.

En la misma línea, el director gerente del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, Mario González, argumentó que, si la solución a la insolvencia del sistema sanitario público reside en la gestión clínica,

entonces “también debe ayudarse al profesional, hacerle partícipe del gasto y del presupuesto” asignado, porque, en sanidad, “somos una estructura invertida”, es decir, la implicación del profesional debe mantenerse al mismo o superior nivel que la del directivo. “Además –insistió–, no vale con la palmada en la espalda, sino que al sanitario hay que motivarlo económicamente”.

González señaló que, dado que los profesionales sustentan el funcionamiento del centro, también debe fomentarse la aparición, entre ellos, de líderes “capaces de arrastrar al resto”, y dotarles de “apoyo legislativo” para que puedan hacerlo y entablen, al mismo tiempo, “una nueva relación con la Dirección”. Entre las áreas de trabajo más beneficiadas de ese cambio, según el gerente del Miguel Servet, se encontraría la de I+D+i, y, en este sentido, arguyó que debe transformarse el actual modelo de ensayos clínicos.

Por su parte, el gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Luis Carretero, inauguró la jornada acompañado del presidente de SEDISA, Joaquín Estévez, y defendió ante el auditorio cinco líneas de trabajo por desarrollar en esta comunidad autónoma: potenciar la estructura “en red” de que está dotada la sanidad manchega; llevar a cabo una asistencia sanitaria integrada; desarrollar elementos de colaboración público-privada; implicar a los profesionales, y, por último, “rediseñar, cambiar las cosas, la organización y los circuitos”. Desde su punto de vista, “el futuro del Sescam se encuentra en su flexibilidad y las medidas de ajuste son necesarias, pero, al mismo tiempo, resulta esencial pensar en el futuro y recuperar, por medio del esfuerzo en la gestión, el tiempo perdido entre 2000 y 2007”.



El PET y la radioterapia compensan su coste al afinar el diagnóstico y dosificar el tratamiento.

Los especialistas critican la excesiva regulación estatal de los radiofármacos



Lejos de limitar la prescripción de pruebas de imagen de alta tecnología en la combinación de la tomografía de emisión de positrones y la axial computerizada (PET-TAC) con radioterapia guiada, entre otras opciones de diagnóstico y tratamiento del cáncer, los especialistas abogan por aumentar su rango de indicaciones amparándose en su probado costo-eficiencia. Así se deduce de la sesión que clausuró el viernes el Primer Encuentro sobre la Innovación en Gestión Clínica, foro organizado en Toledo por la Fundación Ad Qualitatem y en el que han colaborado la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), IBA Molecular y Elekta.

La planificación derivada del uso conjunto de esas técnicas de imagen y de tratamiento da pie al retorno de su coste en el propio paciente, que deja de generar otros gastos derivados de pruebas prescindibles y de procedimientos médicos o quirúrgicos evitables.

El enfermo solo recibe la solución sanitaria que precisa, sin practicarle incisiones innecesarias o radiarle más de la cuenta, tal como explicó el jefe de Servicio de Medicina Nuclear del Clínico San Carlos de Madrid, José Luis Carreras, quien puso algunos ejemplos de costo-eficiencia derivada del uso médico de la Medicina Nuclear como el “ganglio centinela” en el tumor de mama (su detección topográfica permite, en caso de que revele tejido sano, eludir el 70 por ciento de las linfadenectomías practicadas en esta enfermedad). Asimismo, citó el ahorro en toracotomías en cáncer de pulmón gracias a la precisión del PET, o el ahorro en cirugía de metástasis hepáticas en el tumor de colon. “La medicina nuclear no es cara, porque, lo poco que hay, es rentable”, sentenció.

Desde su punto de vista, no cabe duda de que la acción conjunta del PET-TAC conlleva ahorro económico, y, de acuerdo con el presidente del Grupo IMO, José Samblás, otro tanto se puede decir de la tecnología que hoy se aplica en oncología médica y radioterápica, ya que la precisión de aparatos como el Cyberknife (del que solo hay dos disponibles en España, en este sentido un tanto retrasada), y, en general, la radiocirugía guiada, han reducido el daño al tejido sano de los tratamientos en este campo.

En este sentido, el presidente de la Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular (Semnin), Ángel Soriano, comunicó al auditorio la publicación, en el plazo de unos dos meses, de una guía sobre el uso coordinado del PET y la radioterapia editada por esta agrupación y por la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR), y que sigue la estela de artículos recién aparecidos en *The New England Journal of Medicine* sobre “la costó-eficiencia de los tratamientos con PET-TAC”. A partir de esta serie creciente de evidencias, varios ponentes criticaron la “hiperregulación” del sector por parte del Estado a partir de la consideración del radiofármaco como un medicamento, cuando –según alertaron– el nombre que recibe es inexacto dado que no producen efectos farmacológicos como tales, sino los derivados de la irradiación tisular. Resulta clave que se los catalogue, en cambio, como un fármaco o medicamento más, sujeto en consecuencia a los controles de esta clase de productos más otros asociados a su condición radiactiva.

T.– II Premio SEDISA-ANDE

28 de junio de 2012. Madrid (Fundación ONCE).

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), representadas por sus respectivos presidentes, Joaquín Estévez y Jesús Sanz, han premiado al consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández-Lasquetty, como “Personalidad Política Sanitaria 2011”. El galardón, del que se celebra su segunda edición, está dotado de cinco mil euros, que el mandatario cedió en su totalidad a la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), de la que es socio.



En ese contexto, Fernández-Lasquetty aseguró que, a pesar de los estragos de la crisis económica, la sanidad española “saldrá adelante”, pero lo hará a partir de una gestión “más sólida, segura y solvente” contando para ello con la labor de los profesionales sanitarios: “La excelencia de la Sanidad la determinan sus directivos y los modelos de gestión; hoy, el modelo sanitario exige más eficacia y sostenibilidad que nunca”, señaló.

Estévez recalcó el merecimiento personal del galardón porque “fue por unanimidad de las Juntas Directivas” de las dos sociedades científicas, y aseguró que, “en este momento de riesgo para la sostenibilidad del sistema, es una suerte disponer de una Consejería en Madrid que sostiene reformas en lugar de rupturas, y que aboga por la mejora y el mantenimiento de las infraestructuras”. Por su parte, el representante de los directivos enfermeros, Jesús Sanz, explicó que “SEDISA y ANDE, con este premio, buscan un acto de compromiso por reconocer las buenas prácticas de política sanitaria y poner en valor el compromiso del galardonado, imprescindible para buscar soluciones imaginativas a los viejos problemas y a los nuevos retos”.



U. – Primer Encuentro de Directivos de la Salud de Madrid 29 y 30 de junio de 2012. Aranjuez

El director general de Hospitales de la Comunidad de Madrid, Antonio Burgueño, ha sido el encargado de inaugurar el Primer Encuentro Madrileño de Directivos de la Salud, organizado por Sanitaria 2000, auspiciado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Fundación Ad Qualitatem, y que cuenta con la colaboración de Boston Scientific, Dräger, Elekta, Gasmedi y Roche.



Burgueño ha advertido de que “en 2012, desgraciadamente, el problema es de dónde sacamos el dinero para la sanidad, porque no hemos resuelto la financiación. No hay más remedio que hacer cosas que generen entrada de dinero”.

El director general de Hospitales ha afirmado que “hay una crisis política creada por la sanidad de primera magnitud. ¿Quién es el culpable? ¿Las comunidades autónomas malgastadoras, o el Estado empeñado en que el sistema es universal y gratuito? La crisis no es del sistema prestador, lo que no quiere decir que no debemos cambiarlo, pero lo vamos a destrozar si seguimos pensando que esta faja entra. Y no entra, solo es viable con un recambio en la financiación”, ha indicado.



Finalmente, ha aseverado que “el SNS necesita un documento de expertos valientes y responsables que evalúe qué es la sanidad española en estos momentos y su deriva”, y ha invitado a los directivos de la salud a una reflexión que derive “en ese documento”. Burgueño ha pedido que este documento pueda ser presentado en el IV Encuentro Global de Directivos de la Salud, que Sanitaria 2000 organizará en el Parador Nacional de Sigüenza (Guadalajara), los días 19 y 20 de octubre. “Tenemos tres meses de reflexión, tres meses de tarea, pero necesitamos un documento que hable a la sociedad. Si no tenemos vertiente social somos pocos relevantes. Necesitamos una voz articulada”.

W. - Modelos de acceso y optimización en la gestión de terapias biológicas.

III Encuentro SEDISA-PFIZER

5 de juliode 2012. Extremadura.

El consejero de Salud y Política, Luis Alfonso Hernández Carrón, ha anunciado hoy el establecimiento de un marco de colaboración entre el Servicio Extremeño de Salud (SES) y el Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón (CCMIJU) para la puesta en marcha ensayos clínicos en relación con la biomedicina.

Así lo ha manifestado durante la inauguración del III Encuentro SEDISA- PFIZER “Modelos de acceso y optimización en la gestión de terapias biológicas”, que se han celebrado en el hospital de Mérida.

De esta manera, el mayor centro de investigación científica y médica de nuestra región, el CCMIJU, colaborará por primera vez con el SES en el desarrollo de ensayos clínicos, lo que permitirá el intercambio de investigación y proyectos biotecnológicos.

Según ha relatado el consejero, “no es una cuestión económica, sino de intercambio de experiencias, de medios técnicos, de profesionales, que sin duda, permitirá un enriquecimiento de ambas instituciones”.

El responsable de la sanidad extremeña ha declarado que se mantendrán encuentro periódicos donde se establecerán canales de colaboración, especialmente en la realización de ensayos clínicos, “que permitan traer a Extremadura proyectos de futuro”.

Así, Hernández Carrón ha aseverado que el Gobierno de Extremadura “apuesta y seguirá apostando” por la puesta en marcha de proyectos innovadores en materia de biotecnología que permitan que nuestra sanidad esté en el lugar que se merece.

JORNADAS DE TERAPIAS BIOLÓGICAS

Por otro lado, el consejero ha agradecido a SEDISA y a Pfizer su invitación, y la oportunidad que le han brindado de inaugurar estas jornadas.

Ha resaltado que estamos viviendo momentos importantes para el desarrollo, la innovación y para encuentros como este que “favorecen, difunde y amplían” el conocimiento en los ámbitos de la ciencia y la innovación.

Respecto a los medicamentos biológicos, ha resaltado que “estamos hablando de los medicamentos del futuro”.

Ha destacado que en 2010 España originó el 3 por ciento de la producción científica mundial en biociencia y casi el 10 por ciento de la producción científica europea, “lo que nos sitúa en el cuarto lugar de la Unión Europea”.

En cuanto a la relevancia clínica de la biotecnología, Hernández Carrón ha señalado que en España se benefician ya 550.000 pacientes tratados en hospitales y centros del Sistema Nacional de Salud con productos biológicos.

Por último, y en relación a nuestra comunidad, el consejero ha indicado que, a pesar de suponer aún un pequeño porcentaje de la producción nacional en este sector, está realizando un esfuerzo importante en la concesión de subvenciones para proyectos de I+D+I e infraestructuras en biotecnología, experimentado un incremento del 54 por ciento en los últimos diez años.

Y Fuendesalud, liderada por Javier Godoy, ha hecho y está haciendo un papel fundamental y desde consejería se le va apoyar en todo lo que precise.

Isabel Tovar, vocal de SEDISA en Extremadura, disculpo la usencia de su presidente Joaquín Estévez y explicó cómo SEDISA tiene una gran trayectoria en cuanto a resultados, gracias a rodearse con importantes partners como Pfizer.

Señaló respecto de las terapias biológicas que a pesar de su gran importancia en el tratamiento de determinadas patologías, su elevado coste exige una gestión eficiente por parte de los gestores sanitarios para asegurar la sostenibilidad, por ello es importante implicar a todos los agentes sanitarios.

En esta jornada, SEDISA tiene el placer de poder acompañar a Pfizer en dar a conocer estas terapias a clínicos, gestores y altos cargos de Extremadura.

El responsable de relaciones con la administración sanitaria de Pfizer, Rafael Martín, señaló a su vez que es un orgullo que en foros de gestión como éste, apoyado por una sociedad como SEDISA, se traten y se hayan subsanados las dudas que surgieron hace diez años en torno a la eficacia y seguridad de estos medicamentos biológicos.

Los diversos agentes de la sanidad “estamos condenados a entendernos” para encontrar soluciones imaginativas para que los pacientes puedan tener acceso a los medicamentos y que los profesionales puedan tener las herramientas para ellos, reseñó.

Posteriormente se habló de la situación actual y futura de los modelos de gestión y acceso a las terapias biológicas en Extremadura (Albino Navarro, gerente de SES, y Fco. Javier Chacón, secretario del SES) y de sus repercusión en sanitarios y pacientes. Así como la doctora Granados expuso la experiencia de un hospital de Castilla La Mancha en el acceso de terapias biológicas.

Formaron parte de la mesa de Gestión y Optimización de Terapias Biológicas el doctor Luis Carreño, la doctora García de Vizcuña y Alberto Morell, quienes expusieron tanto la importancia del clínico en el manejo de estas terapias, como la relevancia de las mismas para los hospitales para su gestión (coste-efectividad).

Javier Godoy, director gerente de Fundesalud, durante la clausura, presentó las conclusiones de las Jornadas, en nombre de SEDISA, y el responsable de Pfizer, Rafael Martín, junto con la directora gerente del Hospital de Mérida, la doctora Esther Pérez, dieron por clausuradas las jornadas.



X. – Jornada de Gestión Relacional

10 de julio de 2012. Alicante.



Durante el 10 de julio hemos celebrado la Jornada en Alicante de Gestión Relacional. Organizada por SEDISA Agrupación Territorial de la Comunidad Valenciana en colaboración con el laboratorio Almirall. Luis Guillán, de MRC International Training, ha sido nuestro entrenador durante la jornada que se ha extendido de las 9 a las 18 horas.

Destacar de Luis su capacidad docente y motivadora consiguiendo la participación de todos y que el tiempo se haya hecho corto.

A la jornada asistimos varios de los directivos de centros públicos y privados de la provincia de Alicante.

La jornada se ha iniciado con el axioma de Robert Blake de que las relaciones son un factor multiplicador del resultado en gestión y ha girado en torno a cómo conseguir la excelencia en la gestión a través de la implicación activa de nuestros colaboradores y las estrategias para conseguirlo, fundamentalmente trabajando con nosotros mismos que es lo que más podemos modificar: nuestra actitud y nuestra visión, cultivando la inteligencia emocional y con una actitud positiva y proactiva hacia nuestros colaboradores.

Como llegar a sentirnos orgullosos de nosotros mismos y nuestros colaboradores de nosotros mediante la perseverancia en una actitud positiva colaborativa y ejemplar.

Las ideas fuerza que se han desarrollado durante la jornada han sido entre otras:

1. Aprender es mejorar y cambiar. El que deja de aprender deja de ser eficaz.
2. La autocomplacencia lleva a estancarse o a la involución. Cuando la cosa va muy bien es fácil morir de éxito
3. Nuestro peor enemigo de la mejor persona que podemos llegar a ser, es el autoengaño. Pone excusas, posterga decisiones, nos justifica nuestro negativismo.
4. Las Visiones determinan los comportamientos. Recordar la frase de Donald Trump, “piensa a lo grande pero también prevé lo peor”.
5. Dirigir es transformar: Imaginar las cosas como deben ser y liderar los cambios, ser los primeros en cambiar y dar ejemplo con credibilidad y autoridad moral. El cambio siempre comienza por uno mismo.
6. Para ser más productivo hay que tomar las riendas de mi tiempo e identificar ladrones de tiempo. No subestimar colaboradores y delegar más. Hacer un plan diario de trabajo.
7. El PAN: preocupación, ansiedad, nervios, no dejarse controlar por el cerebro emocional al aumentar el PAN que saca nuestro mono interior. Autocontrol emocional.

8. El 90 por ciento es noticias que recibimos son negativas y el 80 por ciento de nuestro discurso interno. Hay que transformarlo en positivo mediante el hábito y la perseverancia. Recordar la frase de Whipple: El buen humor es en la mayoría de las personas alegres el resultado de una tenaz disciplina.
9. No está en nuestra mano caer bien a todo el mundo, pero sí que los demás nos caigan bien. Cuando alguien te cae bien hay un 90 por ciento de probabilidad de caer bien al otro. Nos parece injusto que se relacionen con nosotros en función de nuestros defectos, así que no debemos caer en el mismo error con nuestros colaboradores, sino tratar de sacar lo mejor de ellos fijándonos en sus puntos fuertes. Valorar lo que me gusta de la otra persona.
10. Lo que se siente se transmite. El lenguaje corporal nos delata y el inconsciente lo registra.
11. La secuencia: Decidir. Implementar. Mantener. Para romper la dinámica negativa en las relaciones hay que decirlo, implementar el cambio y mantenerlo. Veremos cómo la relación cambia.
12. La inteligencia emocional es entrenable.
13. La manipulación es coercitiva e ineficiente, hay que sustituirla por motivación.
14. Leyes de la influencia: Siempre influimos ya sea con nuestra presencia o nuestra ausencia, nuestra actividad o inactividad. El primer contacto puede ser cien por cien positivo o negativo. Entra por el inconsciente.
15. La acción. El denominador común de los moribundos es que se arrepienten de lo que no han hecho. Frase de G. Lessing: Más de uno se equivoca por miedo a equivocarse.
16. A los colaboradores hay que márcales objetivos no el camino. En definitiva, una jornada magnífica y útil que ha conducido magistralmente Luis Guillán de MRC International Training. Desde SEDISA CV agradecemos a Almirall y a su representante, Isabel Albéniz, la organización del evento.

Y. – Encuentros SEDISA-ASTELLAS

12 de julio de 2012. Valladolid.

Dentro de las actividades llevadas a cabo por SEDISA, en el marco del acuerdo de colaboración con el laboratorio ASTELLAS, ha tenido lugar, en Valladolid, el Primer Encuentro sobre Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, con el equipo directivo del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL). Este encuentro estuvo presidido por Eduardo García Prieto (director gerente de la Gerencia Regional de Salud), y participaron:

- Esperanza Vázquez Boyero, directora general de Recursos Humanos.
- José María Pino Morales, director general de Asistencia Sanitaria.
- Rafael Sánchez Herrero, director general de Planificación e Innovación.
- José Ángel Amo Martín, director general de Administración e Infraestructuras.
- Joaquín Estévez Lucas, Presidente de SEDISA y secretario general de la Fundación AD QUALITATEM.
- José Luis Rodríguez, director regional de Relaciones Institucionales de ASTELLAS.



El director gerente presentó, en el Encuentro, las líneas estratégicas de SACYL para esta legislatura, así como algunas de las acciones que se llevarán a cabo para garantizar la Sostenibilidad del Servicio de la Salud, bajo el epígrafe “hacer lo mismo con mucho menos”, y detalló las siguientes líneas y objetivos, siempre con una visión tanto a medio como a largo plazo:

1.- Mayor comunicación e información entre niveles asistenciales:

- Identificación inequívoca del paciente e integración en una única historia
- Sistema de citación única
- Prescripción electrónica desde atención especializada
- Desarrollo de guías clínicas
- Desarrollo de la gestión compartida de procesos asistenciales

2.- Adaptación del Servicio de Salud a nuevos modelos organizativos y de atención:

- Estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos

- Experiencias piloto de gerencias únicas
- Devolver el carácter de compromiso social a la asistencia sanitaria

3.- Promoción de la investigación y desarrollo de las TIC.

4.- Orientación al ciudadano:

- Mejora de la información al ciudadano
- Auto-responsabilización de los pacientes en su propio cuidado

5.- Contención del gasto:

- Eliminar bolsas de ineficiencia
- Mantener las plantillas
- Reajustar los conciertos
- Transformar/ Evolucionar la política de acción social y la de formación
- Revisar las subvenciones
- Política de “precios menores” en farmacia
- Ajuste de las inversiones, pero continuar con los proyectos ya iniciados
- Desarrollo de la central de compras
- Incremento de las medidas de eficiencia (contratos de limpieza, transporte, seguridad, consumo energético...)

Asimismo, el gerente regional explicó las medidas tomadas en Castilla y León en aplicación del Real Decreto. Ley 16/2012.

Esperanza Vázquez, directora general de RRHH, explicó el Plan de Ordenación de Recursos Humanos y las acciones que se están llevando a cabo para la ordenación y adecuación de las plantillas a las

necesidades asistenciales. Por los cuatro directores generales se dio una pormenorizada explicación sobre la reordenación de los Recursos en Atención Primaria y los estudios de cargas asistenciales. José M^a Pino, director general de Asistencia Sanitaria, detalló la estrategia y el gran desarrollo del Sistema de Atención Sociosanitaria en la Comunidad, con la existencia de los equipos de coordinación de base (hay 187) y las “unidades de convalecencia” y de atención al “paciente pluripatológico”. Explicó, así mismo, el nivel de desarrollo de la gestión clínica, y la intención de extenderla a todos los centros y niveles. Rafael Sánchez, Director General de Planificación e Innovación, desarrolló la estrategia de calidad, la de gestión del conocimiento y la de seguridad del paciente. José Ángel Amo, director general de Administración e Infraestructuras, expuso el funcionamiento de la comisión central de compras, y de los planes y estrategias de colaboración con proveedores y la política de negociación y pagos.



Por todos los asistentes se debatió sobre la definición de la cartera de servicios, la reordenación de recursos humanos, los patrones de indicación de compras, las políticas de investigación y de formación, los planes de mejora, la acreditación en calidad de centros y servicios, y, sobre todo, de la carrera profesional de los directivos y la profesionalización de éstos.

A este efecto, el gerente de SACYL manifestó la necesidad de contar con directivos comprometidos que, ante las actuales dificultades económicas, sean capaces de fomentar el esfuerzo común y generar un clima de confianza; líderes que faciliten y gestionen los procesos de cambio en los que estamos inmersos. Y por ello debemos pensar en cómo hacer más atractiva la carrera directiva, promoviendo, además, el necesario recambio generacional.

El Encuentro fue clausurado por Eduardo García Prieto, José Luis Rodríguez y Joaquín Estévez. La intención de SEDISA es proseguir con estos Encuentros con todos los Servicios de Salud.

Z. - Jornada de Trabajo sobre Medidas de eficiencia en Farmacia en los Departamentos de Salud y Alicante.

27 de julio de 2012. Alicante.

Organizada por SEDISA Comunidad Valenciana con la colaboración del Colegio Oficial de Médicos de Alicante y el laboratorio Ferrer.

El **doctor Juan Antonio Marqués**, como presidente de la Agrupación Territorial de SEDISA en la CV, inicio la mesa inaugural agradeciendo la colaboración de Ferrer y de todos los ponentes un viernes por la tarde.

El **presidente del Colegio Oficial de Médicos** habló de la situación económica en la que nos encontramos, la necesidad de profesionalismo en los gestores y su implicación actual en descubrir las burbujas de ineficiencia en centros y atajarlas. En definitiva, controlar el gasto sin que disminuya la calidad.

El **conseller de Sanitat, Luis Rosado** que inauguró la jornada, dijo que era un defensor firme en la sanidad pública, pues es trabajador de la sanidad pública. Ahora hay que hacerla sostenible, por ello hay que reformarla pensando en el servicio a los ciudadanos. Fomentar en lo público la agilidad y la toma de decisiones. Reformar el modelo de incentivos; ahora todos cobran lo mismo a final de mes.

Hay que incentivar a quien toma decisiones no solo con dinero, también con participación e implicación corporativa. Estimular la competitividad interna para modificar los procedimientos ineficientes. Hay que hacer más ingeniería de procesos. La disminución de gasto bajando los precios solo tiene un límite, hay actuar sobre la variabilidad. No matar moscas a cañonazos.

Debemos fomentar la ventaja competitiva. Crecer sin límites como hasta ahora no es el camino.

También es importante poder seleccionar adecuadamente los mandos y mandos intermedios.

Hasta hace poco era importante el sentido común en los mandos, ahora también el liderazgo, la implicación y el conocimiento.

Fernando García Alonso. Exdirector de la Agencia Española del Medicamento y director científico del Grupo Ferrer International, habló de las relaciones nobles entre la Administración pública e iniciativa

privada en un juego donde todos ganan. La Administración debe apostar por la profesionalización y evitar el vaivén político en profesionales.

Habló de su experiencia personal por las críticas que recibió al pasar al sector privado.

Los centros de investigación en fármacos no pueden sostenerse solos por la empresas in house, sino en colaboración con el sector público. Cada vez más compañías colaboran con los centros de investigación públicos.

Se trata ahora de conseguir productos de valor añadido para que sea una venta rentable para ambos.

Puso varios ejemplos de productos desarrollados en colaboración.

Después hubo una mesa redonda moderada por mí, con los siguientes participantes:

Juan Selva, jefe de farmacia del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), habló del buen uso de los recursos públicos como filosofía inexcusable de actuación actualmente. Repaso de la legislación donde habla de racionalidad y eficiencia en el uso de medicamentos.

Explicó diferentes actuaciones de eficiencia que se lleva a cabo en el HGUA, desde la minimización costes adquisición mediante genéricos, negociación por bloques hasta pactos de consumo con las unidades consumidoras y ensayos de riesgo compartido.

Hay que trabajar con los clínicos a través de programas de convencimiento y acuerdo.

Las medidas coercitivas no suelen tener buenos resultados.

Del año 2000 al 2011 se incrementó el gasto en Farmacia Hospitalaria del Departamento de 15 millones a 52,7 millones de euros en rangos de dos cifras anuales, por ello que en el último año sólo haya crecido un 1,5 por ciento es un éxito.

Respecto al Abc de consumos destacan fármacos como el remicade, humira, en general los biológicos para la artritis reumatoidea; el 80 por ciento de los fármacos en los que más se gasta son en los dispensados a través de la farmacia del Hospital para pacientes externos o ambulatorios.

Pocos productos concentran alto gasto. Son la Clase A, 103 fármacos suponen el 80 por ciento de consumos, también destacan las prótesis de hemodinámica y la electrofisiología cardiaca.

Las medidas de eficiencia y contención encuentran resistencia en los profesionales. También hay que tener en cuenta la presión de la industria y la lentitud en la ejecución medida por la Administración. En general no se individualiza la responsabilidad.

Jaime Poquet, jefe de área de Farmacia del Departamento de Salud de Marina Alta de Denia.

Hizo un análisis de situación general. El consumo de fármacos va creciendo según las encuestas de salud. Somos un país hiperprescriptor, sobre todo osteoporosis y otros muchos fármacos de baja eficacia terapéutica. Además, según los pacientes, el 82 por ciento no recibe información sobre la administración del medicamento y nunca información escrita.

También tenemos muchos efectos adversos relacionados con la medicación, alrededor de un millón graves al año en España.

Estrategias seguidas en el Departamento son la monitorización de pacientes frágiles y actuaciones sobre medicamentos específicos como:

Eritropoyetina. Docetaxel. Ranibizumab: Sustitución por Bevacizumab (abastin) en degeneración macular intravítrea, muchísimo más barato y con el mismo efecto.

Infliximab agrupar para usar viales.

Vacunación intensiva pacientes VIH.

Elaboración del metotrexate en farmacia hospitalaria para administración ambulatoria en el centro de salud.

El coste por capital anual en la farmacia por receta es de 297 euros. En atención especializada el 34 por ciento de la prescripción es por DOE.

Los pacientes externos ambulantes son el 50 por ciento del presupuesto de la farmacia del hospital con un coste medio por paciente de 1.800 euros. Ha bajado un 22 por ciento.

Se monitoriza el coste por servicio y por facultativo y se discute con ellos.

Debemos cambiar la estrategia para prevenir qué es más barato. El futuro es de presión hacia el incremento del coste. Hay mil nuevos fármacos oncológicos en desarrollo.

Hay que tener en cuenta que la salud compite con otras partidas y que muchas veces más no es mejor en sanidad.

Marta Puig, farmacéutica de área del Departamento del Hospital General de Elche.

Tras explicar la legislación sobre farmacia de Atención Primaria, expuso el proyecto que siguen desde junio de 2011 hasta ahora. En un año el Departamento gasta unos 58 millones de euros en recetas. En Atorvastatina dos millones. Usando el indicador ahorro a través de la especialidad más eficiente en estatinas, bifosfonatos y antibióticos.

Hay indicadores en medicina de familia y en pediatría.

Se analizan tramos de cumplimiento trabajando con percentiles.

El médico recibe un Informe mensual con importe de recetas y gasto por receta y a cada uno con indicadores de tipo semáforo para saber más visualmente si van bien o no.

De mayo de 2010 donde había un gasto per cápita anual en recetas de 410 euros, se ha pasado a 320 por cápita en abril de 2012.

Los médicos outlayers son entrevistados individualmente. Otros tratamientos se evalúan como la Periparatida, PTH y Bifosfonatos. Se hace informe a los facultativos en caso de que sea dudoso su uso de 80 enviados en 50 se ha suspendido.

Pedro García Salom, jefe área Farmacia de Orihuela y presidente de la Sociedad Valenciana de Farmacia Hospitalaria.

Habló del problema de que los medicamentos estratégicos caros como biológicos, no bajan precios. 11 por centocostes totales. Varias líneas de acción.

UCL. No más de un 10 por ciento de ahorro de costes por posibilidades de negociación.

En logística posible ahorro, pero requiere inversión previa.

En utilización de medicamentos es donde se puede actuar más mediante sustitución de fármacos por otros más baratos y terapias secuenciales. Intercambios terapéuticos en especializada y también se podría aplicar en primaria.

Utilizar solo una serie de medicamentos respecto al pool disponible.

En primaria se podría trabajar en algo parecido. Ahora está abierto a todos.

La comisión de farmacia debe ser restrictiva. No se ha planteado hasta qué punto podemos pagar en función del beneficio. Ejemplo del NICE. En nuestra comisión hemos rechazado algún medicamento.

Hay que seleccionar y reducir algunas prestaciones no útiles. Segundas y terceras líneas oncológicas analizar la supervivencia y el coste.

Otras acciones:

Fraccionado medicación como bocentan. Ahorro cada caja 1.000 euros.

Bevacizumab 50 por ciento uso frente a lucentis. 780 frente 42.800 euros de Ranibizumab o 9.622 euros del mismo fraccionado.

Dispensación y administración de antipsicóticos risperdal y metotrexate en centros de salud elaborados en la farmacia del hospital a mucho menor coste.

Visualizar el departamento como un todo presupuestariamente, tanto la receta de primaria como el gasto de fármacos hospitalarios.

Actuación en los centros sociosanitarios tutelados por las farmacias hospitalarias. Los estudios que destacan el ahorro de la vía compra directa y no mediante recetas.

Ley de garantías ya lo ha regulado unificación residencias.

A. – Premios en Gestión Sanitaria SEDISA/EL MÉDICO

18 de septiembre de 2012. Madrid.

El doctor Mario González, gerente de los sectores sanitarios I y II de Zaragoza (Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia y Atención Primaria de ambos sectores), resultaba galardonado como "Mejor Gestor de Salud 2011", en la primera edición del Premio en Gestión Sanitaria SEDISA/EL MÉDICO, fruto del acuerdo de colaboración firmado entre Grupo SANED, editor de la Revista EL MÉDICO y EL MÉDICO INTERACTIVO, con la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), y que ha contado con la colaboración de Lundbeck. El directivo, licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo y con una amplia trayectoria profesional, era premiado por su perfil dialogante y trabajador, demostrando ser un claro ejemplo de la profesionalización de la gestión directiva, que según él mismo declaraba, sigue siendo "el mayor problema que tenemos sobre la mesa. Necesitamos en nuestros hospitales y centros de Atención Primaria gestores que aporten soluciones, que tengan cierta capacidad de liderazgo dentro del grupo y que aporten todo su conocimiento y ganas de trabajar".



En la categoría de "Mejor Iniciativa Integrada de Salud 2011", era premiado el "Programa de Gestión de Enfermedades Crónicas del Hospital La Fe de Valencia", ya que, sin duda, el manejo de los pacientes crónicos es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los sistemas de salud en todo el

mundo. Es por ello, que su proyecto innovador y pionero en España, es un ejemplo de la necesidad de innovar en este ámbito para evitar la no sostenibilidad económica de los sistemas de salud por parte de los gobiernos. Era María del Carmen Pastor Navarro, directora médica de Atención Primaria del Hospital La Fe, quien recogía el galardón, explicando que lo complicado de un proyecto como éste no es diseñarlo, sino "ponerlo en marcha y hacerle seguimiento", sobre todo en un "proyecto ambicioso, de

rabiosa actualidad", y en que pese a unir los dos ámbitos asistenciales, "se trabaja sobre todo en el domicilio del paciente".

Menciones especiales

Dado el nivel de todos los participantes, el jurado, compuesto por Manuel Cervera y José Martínez Olmos, portavoces en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados de PP y PSOE, respectivamente; Joaquín Estévez, presidente de SEDISA en representación del cual acudía a la ceremonia de la entrega de premios Modoaldo Garrido, gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y uno de los delegados territoriales de SEDISA en la Comunidad de Madrid; Francisco Bascuas, consejero delegado de Grupo SANED; y Xavi Martí, director general de Laboratorios Lundbeck, decidían hacer entrega de dos menciones especiales.

En la primera categoría, esta mención se hacía a Melchor Hoyos García, gerente del Departamento de SaludLa Fe de Valencia, por toda su trayectoria directiva al frente de este departamento y especialmente por la gestión desarrollada en el año 2011 cuando se culminó con éxito el traslado del Hospital La Fe a unas nuevas instalaciones, sin interrumpir la atención a los pacientes, momento complicado en el cual pudo comprobar que "cuando a los profesionales se les pide un plus, lo dan de sobra", según declaraba Hoyos. En segundo lugar, a la iniciativa "Modelo multihospital de servicios compartidos del Grupo Ribera Salud en los hospitales de Torrevieja, Vinalopó y Torrejón", por la aplicación de un cambio en el modelo tradicional de gestión logrando altos niveles de eficiencia. Recogía este reconocimiento Ignacio Martínez Jover, gerente del Hospital de Torrejón en Madrid, de manos de Israel Pizarro, director de Relaciones Institucionales de Lundbeck España, y señalaba como positivo el hecho de que "los sistemas de multihospital comiencen a ser una realidad".

Como finalistas, igualmente, cabe destacar la aportación en la gestión directiva de la doctora Candela Calle, directora general del Instituto Catalán de Oncología, y los conocimientos aportados por la iniciativa "Estrategia de integración asistencial y descentralización de la gestión en Atención Primaria y Especializada de Soria".

Premiando la excelencia y la innovación

El objetivo final de estos premios no es sino el reconocer el esfuerzo de todos aquellos directivos que intentan hacer "más por menos", tanto en la gestión de los hospitales, como de los centros de Atención Primaria. Así lo reconocía Manuel Cervera, como miembro del jurado, que matizaba el hecho de que los gestores son aquellos que saben "hacer las cosas que tocan hacer, bien hechas". Coincidió con él José Martínez Olmos, que en este acto de entrega afirmaba que "tenemos en España una enorme y positiva excelencia en la gestión", aunque "hay que avanzar en la profesionalización". De esta manera, ambos se mostraban satisfechos con la iniciativa de estos premios, que ayudan a motivar a los gerentes de los centros sanitarios a trabajar en pro de la excelencia y de la innovación, y que suponen también un paso más hacia el reconocimiento de la profesionalización de la gestión sanitaria.



Estuvieron también presentes en el acto Agustín Rivero Cuadrado, director general de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, y Patricia Flores, viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, junto a un nutrido grupo de directores de servicios hospitalarios, directores gerentes, representantes de diferentes organizaciones profesionales y sociedades científicas.

B. – La vacunación del profesional sanitario: un compromiso con el paciente.

27 de septiembre de 2012. Madrid.

Entre el 20 y el 30 por ciento de los profesionales sanitarios se vacuna en España para prevenir la gripe común, y una proporción no superior lo hace en términos generales, esto es, para eludir esa enfermedad u otras como la hepatitis B, la parotiditis o incluso el tétanos, la rubeola, la varicela y el sarampión, según los datos difundidos en una jornada **organizada por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) en colaboración con la compañía farmacéutica Sanofi Pasteur MSD** en el Clínico San Carlos de Madrid. Y ello a pesar de que está más que probada la utilidad de que el

profesional de la salud se inmunice de esta manera no solo con vistas a su propia salud, sino, ante todo, como medio de protección de los pacientes.

La jornada ha llevado por título “La vacunación del profesional sanitario: un compromiso con el paciente”, y en ella se ha presentado el documento “¿Qué falla en la vacunación del personal sanitario?”, en el cual se recogen 16 recomendaciones para fomentar la vacunación en esta población. El director general de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, Antonio Alemany, quien acudió como máximo representante autonómico del nivel asistencial que atiende más del 90 por ciento de los casos de gripe común (la afección para la que más se aconseja la vacuna periódica debido a su capacidad para propagarse), apuntó que la vacunación del profesional de la salud reduce la mortalidad de los enfermos y también el absentismo laboral (incluido el de los propios sanitarios). Para el gerente del hospital anfitrión del encuentro, José Soto, y su homólogo del Hospital Fundación Alcorcón de la misma comunidad autónoma, Modoaldo Garrido, no cabe duda de que resulta caro (además de peligroso) que el trabajador sanitario no se vacune.

Otros ponentes, como la jefa del Servicio de Prevención de la Fundación Jiménez Díaz de la capital, María Teresa del Campo, se mostraron algo más optimistas por cuanto observaron que, lejos de descender, la cobertura vacunar de los sanitarios españoles se mantiene o incluso aumenta en algunos casos. Esta especialista habló del 38 por ciento en tasa de cobertura vacunar en España, algo por debajo del 40 por ciento calculado en el resto de Europa, y, en todo caso, muy alejado del 63,5 por ciento del que presume Estados Unidos en las últimas estimaciones. Los estadounidenses, tan reacios a restringir la libertad del individuo (ante todo desde el punto de vista de los partidos republicanos), sin embargo se plantean la obligatoriedad de las vacunas para los profesionales de la salud, y, de hecho, algunos estados de su territorio (pocos) mantienen esta imposición, según matizaron tanto Del Campo como el consejero de Asjusa y docente de Derecho Constitucional en Icade, Federico Montalvo.



Tanto este último como el resto de los conferenciantes incidieron en la necesidad de promocionar e incentivar la vacunación de los sanitarios, y subrayaron la inequívoca necesidad de que se vacune el máximo número posible de profesionales en cada centro, y, en especial, los pertenecientes a servicios como oncología o hematología, donde la depresión inmunitaria de los enfermos los hace más vulnerables a la infección. Montalvo, en concreto, señaló que “habría que recoger una norma atendiendo a la proporcionalidad y complementándola con campañas de promoción”, aunque añadió que, en su opinión, “sólo se regulará en el Parlamento en caso de que brote una epidemia”. Por su parte, Garrido explicó que “una de las mejores formas de proteger a los pacientes, sobre todo a los de alto riesgo, es que el profesional esté protegido y vacunado, por lo que creo que la obligatoriedad de la vacuna estaría justificada. Algunos organismos sanitarios, como el Consejo General de Colegios de Enfermería, ya han propuesto la obligatoriedad de esta medida”.

Por categorías profesionales, las revisiones de la literatura científica aludidas por los ponentes revelan que los médicos se vacunan más que las enfermeras, técnicos sanitarios y personal administrativo (algunos estudios hablan del 16 por ciento de cobertura vacunal en médicos frente al 11 por ciento, por ejemplo, de los asistentes técnicos sanitarios –ATS–). En este aspecto, Pablo Aldaz, médico del Centro de Salud de San Juan (Pamplona) y miembro del Grupo de Prevención de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), precisó que, en el Servicio Navarro de Salud, se vacunan el 11,71 por ciento del personal no sanitario y el 19,29 por ciento de los profesionales de la salud.

Por qué no se vacunan

Otra de las variables analizadas en los sondeos internacionales es la de por qué no se vacunan los sanitarios. Ángel Plans Cañamares, jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Instituto Catalán de Oncología, reveló, entre otras razones esgrimidas en las encuestas, la falta de percepción de riesgo, el desconocimiento de la capacidad de contagiar al paciente o, simplemente, la desconfianza hacia las vacunas. Aldaz, por su parte, apuntó las similares conclusiones de otro trabajo en este campo: los sanitarios rechazan la vacuna por miedo a la inyección incluso antes que por no percibir el riesgo de ser vectores de transmisión del virus. Los propios organizadores del evento ofrecieron más datos: el 45 por ciento de los profesionales que se vacuna lo hace por un deseo de autoprotección, y, en segundo lugar, el 15 por ciento lo hace para proteger a los pacientes. Por el contrario, el 69 por ciento de los que no se inmunizan cree que la vacunación no es necesaria.



Ángel Gil, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, informó de que el gasto farmacéutico en materia de vacunación ha bajado del 1,5 por ciento al 0,9 por ciento, lo que no interpretó como una buena noticia, ya que equivale a menos población vacunada. En países como Estados Unidos, según revisiones llevadas a cabo por el doctor Picazo presente en el encuentro y citado varias veces por los ponentes como líder de muchos de los estudios manejados, se estima que el coste de la vacuna de la gripe para todos los ciudadanos es de unos 140 dólares por habitante y año. Por otro lado, Gil desveló que los calendarios vacúnales que llevan a cabo en España los servicios de salud autonómicos a menudo parten como referencia de indicadores reconocidos en todo el mundo, caso de los que ofrece el Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) en Estados Unidos.

C. – I Jornada sobre atención sanitaria no presencial

18 de octubre de 2012. Santiago de Compostela.






I JORNADA SOBRE ATENCIÓN SANITARIA NO PRESENCIAL

Lugar de celebración: Salón de actos de la Consellería de Sanidade (Santiago de Compostela)

Data: 18 de octubre de 2012

Horario: 17:00 – 19:30 horas

Destinatarios:

- Jefes de servicio de A.P. del SERGAS.
- Coordinadores A.P. de enfermería.
- Directivos asistenciales del SERGAS.
- Sociedades científicas gallegas de atención primaria.

Cronograma

17:00 h. Inauguración.

Rocío Mosquera Álvarez, Conselleira de Sanidade da Xunta de Galicia.
 Nieves Domínguez González, Xerente do Servizo Galego de Saúde.
 Félix Rubial Bernárdez, Director Xeral de Asistencia Sanitaria.
 Pablo Galego Feal, Director da Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria.
 Eugeni Sedano i Monasterio, Director de Relacions Institucionals de Lsteve.

17:15 h. MESA: atención sanitaria no presencial.

17:15-17:30 horas.	Presentación de la mesa redonda. Moderador: Félix Rubial Bernárdez, Director Xeral de Asistencia Sanitaria.
17:30-18:00 horas.	Oscarcan: Osakidetza no Presencial. Las palabras conmueven, el ejemplo arrastra. Relator: Rafael Sánchez Bernal, Director de Oscarcan.
18:00-18:30 horas.	Osabide Global: Si quieres llegar lejos camina acompañado. Relatora: María Teresa Madrid Conde, Responsable de desarrollo funcional de Osabide Global.
18:30-19:00 horas.	UBA3: Gestión de la consulta no presencial en Atención Primaria. Relatora: Marta Cobos i Baqués, EAP Congrés. CAP Maragall, ICS, Barcelona.
19:00-19:30 horas.	Debate.



XUNTA DE GALICIA
CONSILLERÍA DE SANIDADE



D. - Conferencia Acceso del paciente a la innovación.

10 de octubre de 2012. Madrid.

CONFERENCIA



Patrocina:

Alcon
a Novartis company

Acceso del paciente a la innovación

Paciente informado y co-responsable

Clausura de Honor

D. Agustín Rivero

Director General de Cartera Básica de Servicios
del Sistema Nacional de Salud y Farmacia
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



Madrid, 10 de octubre de 2012
Hotel InterContinental Madrid

Colaboran:

DIARIO MEDICO

Expansión

E. – IV Workshop en Gestión Sanitaria

18 de octubre de 2012. Madrid.

Durante la presentación del workshop, el doctor Corbella, que es gerente del Hospital Sant Pau i Santa Creu de Barcelona, desglosó las partes fundamentales del encuentro de directivos. El encuentro, que llevó por lema "El reto directivo ante la reforma sanitaria", se dividió este año en varios bloques para conocer mejor: el perfil profesional del directivo de salud, los modelos de innovación existentes sobre gestión y prestación de servicios, la organización asistencial, la alta complejidad (terciarismo), el abordaje a los pacientes crónicos y los aspectos económicos y financieros (costes). Entre todos los aspectos tratados cobró importancia el tema de las plataformas de compra con base territorial, especialmente atendiendo al caso de Andalucía.

Quiebra sí, pero...

Aunque luego matizaron sus palabras, varios de los ponentes, como el doctor Raimón Belenes Juárez, adjunto a la Dirección del Grupo Capiro, o el propio Corbella, admitieron que el modelo sanitario actual está en quiebra. En ese sentido, Belenes aseguró que nos encontramos en la crisis más grave que se recuerda y que los avances logrados en los últimos ocho años de ciclo expansivo van a ser difíciles de mantener. El directivo de Capiro añadió que, probablemente, nos encaminemos a un modelo de hospitales de menor tamaño ya que la sostenibilidad del sistema dependerá de la forma en que se logre tratar al enfermo crónico en su propio domicilio. En cuanto al retraso en el pago a proveedores, en pregunta realizada por Acta Sanitaria, este doctor aseguró que el origen está en los retrasos que tiene la Administración al pagar, con el resultado de una gran tensión de tesorería en las gerencias. Por eso, incluso tienen que salir a veces para pedir crédito a entidades financieras.

Medidas desesperadas

El doctor Joaquín Estévez Lucas, presidente de SEDISA (Sociedad Española de Directivos de Salud), afirmó que el perfil de gerente de hospital, y el del directivo sanitario en general, debe responder a exigencias profesionales y técnicas, y no políticas. Estévez también trató el tema de los contratos de gestión por objetivos. Ya que, adujo, existe riesgo de quiebra por infrafinanciación. También mencionó

la posibilidad de exigir eficacia a los nuevos productos que se introduzcan en el Sistema Nacional de Salud. Otras medidas comentadas fueron, por ejemplo, que se paguen los tratamientos que tengan éxito y no los que fracasen, ensayar nuevas fórmulas de compras y pagos mediante líneas nuevas y estudiar también alquileres de equipos tecnológicos, en lugar de adquisiciones, poniendo el ejemplo de los marcapasos. En el caso de Cataluña, Corbella explicó que la administración sanitaria se empieza a plantear no abonar a los hospitales las re-visitas de los pacientes crónicos que vuelven y vuelven al hospital con las mismas causas, aumentando los costes sin solución de continuidad. En ese sentido, Corbella aseveró que habrá que evitar esas situaciones mediante una adecuada prevención y trabajando por la ambulatorialización de los procesos.

Centralizar o no centralizar

Aunque hubo común acuerdo en valorar positivamente la unificación de compras en Andalucía, el doctor Corbella encontró difícil que se pueda llegar a una central de compras nacional. Para este directivo resulta complicado que se unan los protocolos, los productos y las listas, por lo que no lo ve probable. En el plano autonómico, el doctor Santiago Rabanal Retolaza, gerente del Hospital de Galdakao-Usansolo (País Vasco) explicó los avances que ha experimentado su institución hospitalaria mediante la telemedicina en patologías como EPOC, diabetes o la insuficiencia cardiaca crónica. El doctor Belenes, por su parte, mencionó algunos de los aspectos que definen la red Capio, poniendo como ejemplo el hospital de Móstoles, de reciente inauguración, y el de Villalba, que pronto abrirá sus puertas también en Madrid.



F. – IV Encuentro de Directivos de la Salud

19 y 20 de octubre de 2012. Guadalajara.

Los directivos de la salud han denunciado que, en España, los políticos “se atrincheran” en las administraciones en su relación con los gerentes de los centros, a quienes trasladan la responsabilidad de sus resultados de gestión. Asimismo, han coincidido en que los nombramientos en las organizaciones sanitarias, que dependen de los gobernantes de los partidos, no siempre se ajustan a la capacitación técnica de los gestores, sino que predomina la confianza depositada en ellos de manera personal, aspecto que se considera legítimo siempre y cuando no se convierta en el único criterio de medida de la selección.



Así se deduce de la mesa redonda sobre el perfil del directivo sanitario en la actualidad, que formó parte de la segunda jornada del IV Encuentro Global de Directivos de la Salud celebrado en el Parador Nacional de Sigüenza (Guadalajara). **El evento, del que este periódico da cuenta estos días, ha sido organizado por Sanitaria 2000 y ha dispuesto del auspicio de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y de la Fundación Ad Qualitatem, así como con el patrocinio de Abbott, Boston Scientific, Dräger Medical, Fresenius Medical Care y Gasmedi.**

El gerente del Hospital La Fe de Valencia, Melchor Hoyos, aseguró que, en términos generales, “los directivos de la salud reúnen capacidades, pero el sistema de elección es lo que siembra las dudas porque el político prefiere cargos de confianza”, e Ignacio Iribarren, director gerente del Complejo

Hospitalario de Navarra, apostilló que, en efecto, “en la actualidad las administraciones se repliegan a trincheras que evidencian que los gestores somos los culpables, y eso nos pone a los directivos en una situación inaudita”. Además, advirtió de que los objetivos “no se consiguen con criterios administrativos” sino con el compromiso en la gestión de los gerentes y de los profesionales.

SEDISA y Aneca

El secretario de SEDISA, Mariano Guerrero, expuso al auditorio el informe que esta agrupación ha preparado incluso mostrado tanto a la secretaria general del Ministerio de Sanidad, Pilar Farjas, como al director general de Ordenación Profesional, José Javier Castrodeza, y que, no obstante, “permanece abierto” a nuevas aportaciones posible por parte de los directivos sanitarios. El documento insta a las autoridades sanitarias a que se reconozca la capacitación técnica del directivo de la salud por medio de programas de acreditación liderados por SEDISA y pactados con los organismos competentes como, por ejemplo, la Asociación Española de Acreditación de la Calidad (Aneca), con la que se han establecido algunos contactos en esta línea de trabajo, tal como adelantó en su momento Redacción Médica.

G. – XIX Congreso Nacional de Derecho Sanitario

23 de octubre de 2012. Madrid.

La legislación vigente en España concentra la responsabilidad en el uso de medicamentos fuera de su indicación autorizada en tres agentes fundamentales: el médico, la compañía farmacéutica y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps). Pero obvia el papel de los gestores de los centros hospitalarios y de los servicios de salud autonómicos que, sin embargo, asumen los costes de estos procedimientos terapéuticos, según ha señalado el gerente del Marqués de Valdecilla de Santander, César Pascual, durante una mesa redonda celebrada en el contexto del XIX Congreso Nacional de Derecho Sanitario, en el Colegio de Médicos de la capital. La normativa de referencia ha sido citada tanto por este gestor como por el presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Joaquín Estévez, y en ella se deja claro que “la utilización de medicamentos autorizados en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica tendrá carácter excepcional y se limitará a situaciones en las que se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas para un determinado paciente (...)”. Asimismo, se indica que “el médico responsable del tratamiento deberá justificar

convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar al paciente de los posibles beneficios y de los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento (...)”.



Pascual ha insistido en que los equipos directivos no deberían permanecer ajenos a este asunto “porque una generalización del uso off label de medicamentos supone la muerte del sistema regulatorio; los [gestores] son responsables de la asistencia sanitaria y del acceso equitativo a los recursos disponibles; la responsabilidad del uso de los medicamentos fuera de la indicación autorizada no debiera recaer exclusivamente en el médico que la indica, al menos cuando éste trabaja para una organización pública; y la financiación de estos usos debe estar ligada, en todo caso, a criterios explícitos y comunes”.

A propósito de un caso

Estévez, por su parte, puso como ejemplo de uso de medicamento fuera de la indicación autorizada “la prescripción sistemática de bevacizumab (Avastin) para el tratamiento de degeneración macular asociada a la edad exudativa”, ya que “resultaría contrario al ordenamiento jurídico por cuanto vulneraría lo dispuesto en el Real Decreto 1015/2009, artículo 13, al existir una alternativa autorizada en dicha indicación: el ranibizumab (Lucentis), y porque, además, vulneraría la libertad de prescripción del médico”. También intervino en la misma mesa el catedrático del Departamento de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, Jesús Frías Iniesta, quien abordó con brillantez el uso de medicamentos fuera de indicación desde el punto de vista de la justificación médica y de la ética profesional.

H. – Jornada sobre Área de Gestión Integrada

26 y 27 de octubre de 2012. Albacete.

El SESCAM está apostando por la integración de servicios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria como una de las vías para aumentar la calidad y la sostenibilidad de la sanidad pública. Como preparación se celebraron en Hellín (Albacete) los pasados días 26 y 27 de octubre de 2012 unas Jornadas sobre Áreas de Gestión Integrada, organizadas por el Hospital de Hellín con la colaboración de la Fundación SEDISA. El objetivo fue presentar y debatir sobre la estrategia de integración de niveles así como acercar a los profesionales la gestión de procesos en el área integradas. Para dar a los profesionales un espacio en el que conocer más sobre esta estrategia, y como foro abierto para compartir ideas y reflexiones en torno al cambio organizativo y a la continuidad asistencial. Los principales contenidos fueron:

- La estrategia de integración del SESCAM y su aplicación en la próxima Área Integrada de Hellín.
- El área integrada desde la perspectiva de profesionales, pacientes y proveedores.
- El área integrada como herramienta para la gestión de algunos de los procesos asistenciales más relevantes del área (Obstetricia, EPOC, Salud Mental y Diabetes).

Conclusiones:

- El área integrada se configura como una herramienta útil para conseguir una organización de servicios sanitarios públicos de calidad, moderna, eficaz y efectiva.
- El área integrada puede reforzar el enfoque hacia el ciudadano, hacia los distintos profesionales, para, trabajando juntos, ofrecer unos servicios sanitarios de calidad.
- Es necesario elaborar mapas de procesos que permitan homogeneizar la asistencia al menos de los procesos más relevantes.
- Es necesario que atención primaria se sienta protagonista en la implantación de planes y que no los sienta como impuestos.

- Fomentar las medidas tecnológicas y en sistemas de información que permitan la interacción entre equipos, sin olvidar la importancia de los contactos directos en el ámbito local entre los profesionales.
- Adecuar la información disponible y la capacidad diagnóstica al objetivo de resolución en atención primaria.
- Potenciar la atención al paciente crónico.



I. – La gestión en terapias oncológicas y biológicas.

26 y 27 de octubre de 2012. Santander.

Durante los días 26 y 27 celebramos en Santander una **Jornada sobre Terapias Biológicas y Oncológicas desde el punto de vista de la gestión sanitaria**. Nos juntamos para debatir sobre estos temas **gestores, farmacéuticos, oncólogos y otros profesionales**. Organizada por la Fundación **SEDISA** y patrocinada por

Astellas, fue presidida por **César Pascual**, gerente del Hospital Marqués de Valdecilla y vicepresidente de SEDISA.

Estas terapias pueden suponer casi el **6-10 por ciento del gasto total de un hospital** en la actualidad y va en aumento. Además, según datos de la Sociedad Española de Oncología, **el 90 por ciento del gasto sanitario en pacientes oncológicos se produce en los seis últimos meses de vida** y el 48 por ciento en los últimos 60 días de vida del paciente.

Este gasto va en aumento a ritmos importantes debido a una mayor cantidad de pacientes que acceden a estos tratamientos tanto biológicos como oncológicos y se prevé una aumento, ya que la **incidencia** de cáncer y otras patologías susceptibles de tratar con medicamentos biológicos aumenta, y están a puntos de **aprobarse muchos nuevos fármacos** de estas líneas cuyos costes anuales de tratamiento van a estar entre 30.000 y 150.000 euros años.

Muchos de estos fármacos mejoran la supervivencia en unos pocos meses de vida y muy poco la calidad de vida con unos costes incrementales enormes. Además se evidencia una **variabilidad clínica enorme respecto al uso** de estos tratamientos en iguales poblaciones.

Por todo ello algunas de las **conclusiones** del encuentro fueron:

1. Las **autoridades sanitarias** deben **evaluar** exhaustivamente los medicamentos de alto impacto económico en cuanto a la mejora real de la calidad de vida de los pacientes y establecer, en un entorno de recursos limitados, hasta qué **cantidad de dinero puede financiar la sanidad pública por año de vida ganado con calidad (AVAC)**.
2. Se deben establecer **protocolos y guías clínicas** igualmente sancionadas por la autoridad sanitaria en base a la **evidencia científica y a estudios económicos** para el uso de cada uno de estos fármacos en cada situación clínica para **disminuir la variabilidad clínica** y mejorar la equidad de acceso.
3. Se debe producir, en base a la evidencia científica y el consenso sobre hasta dónde debe financiar la sanidad pública mejorar ínfimas en la calidad de vida y/o la supervivencia a altísimo coste, un **alineamiento social entre profesionales, gestores autoridades sanitarias y políticas, pacientes y ciudadanía, para decidir lo que es asumible social y éticamente tratar y financiar**.

4. Se debe impulsar la **innovación e investigación para mejorar la eficiencia** de los tratamientos y para conseguir dilucidar cada vez más claramente qué pacientes van a ser **respondedores** o no a los fármacos de alto coste y su nivel de respuesta, mejorando así la **adecuación de la indicación**.

5. Se deben **impulsar los contratos de riesgo compartidos** con la industria farmacéutica que desarrolla los nuevos fármacos, ya sea de **tarifa plana** poblacional en función de la incidencia, **o según respuesta al tratamiento**.



J. – XVIII Conferencia Nacional de Dirección de Marketing y Ventas de la Industria Farmacéutica.

29 de octubre de 2012. Madrid.

Así lo ha asegurado el experto este martes durante la celebración de la XVIII Conferencia Nacional de Dirección de Marketing y Ventas de la Industria Farmacéutica, que ha organizado Sepromark en el Hotel HolidayInn de Madrid con la colaboración y patrocinio de Enzyme Advising Group. Para él, el sector industrial necesita un marco normativo estable por ser "de alto riesgo".

Además, destaca la relevancia de la industria farmacéutica al asegurar que ésta "invirtió 966 millones de euros en investigación en el año 2010", lo que supuso un 19,8 por ciento del gasto total en I+D llevado a cabo por todo el sector industrial español en dicho año.

A los ajustes presupuestarios realizados por el Gobierno también se ha referido el director de Astra Zeneca, Federico Plaza, que indica que "la única opción es adaptarse" a la hoja de ruta marcada por el

Ejecutivo y "cambiar algunos paradigmas". Según su criterio, el gasto farmacéutico de este año "retrocederá a los valores del año 2006", lo que va a acarrear que el escenario "ya nunca vuelva a ser el mismo".

Por su parte, el mánager de Estrategia de Negocio Digital de Sanofi, Xavier Olba, sostiene que los planes de marketing "deben contar con estrategias de tipo 'on line'". En consonancia, subraya que "hay que aprovechar la revolución que ha supuesto internet y su uso por los profesionales sanitarios y por los paciente para abrir oportunidades".

Por último, el médico de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, Pedro Zaballos, concluye que, a pesar de las medidas restrictivas que ha sufrido su colectivo, "la mayoría de los médicos se olvidan de esta situación y siguen atendiendo y defendiendo la alta calidad asistencial del sistema público".

K. – XXX Encuentro Salud 2000. Dirigir Hospitales: Entre la gestión y la eficiencia.

7 de noviembre de 2012. Madrid.

CONCLUSIONES

1. La eficiencia es inherente a cualquier tipo de gestión. La financiación es clave pero también saber de qué recursos se dispone y tratar de administrarlos de forma única y coherente.
2. La gestión hospitalaria es más compleja que la de otros sectores. No es lo mismo ser directivo de una empresa sanitaria que serlo de otro ámbito empresarial. La estructura, la organización, el tipo de servicios y el conjunto de profesionales que intervienen condicionan esa forma de gestionar y, por tanto, la dificulta.
En el sector salud la distribución de los recursos está sujeta a cuestiones que superan el condicionante económico. El conocimiento, la experiencia y la producción de servicios y costes, son aspectos que también están vinculados al sector y que se interponen a la hora de obtener resultados.
3. La reducción de costes puede conllevar riesgos. La pérdida de calidad puede ser uno de ellos, siendo los pacientes los primeros afectados. Además, a veces, el número de procesos aumenta

porcentualmente más de lo que se reducen los costes, provocando el efecto contrario y un consecuente aumento de los gastos.

4. Diferencias entre lo público y lo privado. Mientras que lo público está sujeto a restricciones legales presupuestarias, rigidez estructural y otras cortapisas políticas y burocráticas, la sección privada sanitaria se somete a los dictámenes de sus propietarios. De igual modo, esta última depende de las tendencias del mercado para subsistir, que en este caso se sitúan en la especialización.

5. El hospital del futuro comienza a gestarse. Será más pequeño, con menos camas, más tratamientos ambulatorios y más centrado en los crónicos fuera del recinto hospitalario y trabajando más de cerca en los centros de salud.

6. El cambio en la manera de pensar se ha convertido en una necesidad imperiosa. Hay que ponerse de verdad en la situación de la empresa y buscar nuevos modelos, cambiar la mentalidad y ser mucho más flexibles. Cambiar la cultura, la mentalidad es difícil, pero ahora es el momento idóneo.

En esta nueva actitud hay que tener un papel proactivo donde la industria se muestra abierta. Aún falta cierta concienciación, pero se empiezan a vislumbrar algunas actuaciones, aunque no de forma generalizada.

7. El diálogo debe potenciarse. Entre el sector público y el privado y entre la industria y todos los sectores. Todos los actores implicados deben aportar más.

El directivo juega un papel clave en su papel de dialogador porque es la figura esencial para llegar a establecer consensos.

8. La atención hospitalaria debe reorientarse hacia los crónicos. Hay que tener en cuenta que la mayor parte del coste sanitario español proviene de este grupo. La OMS lleva tiempo alertando de esta realidad.

9. Los centros deben implicarse en la adherencia y la atención a la medicina personalizada. Los hospitales deberían hacer pruebas que determinen previamente la eficacia de los medicamentos, sobre todo, si se quiere ser eficiente. En todo esto la medicina personalizada juega un papel importante.

Los enfermos también deberían tener más consciencia de la implicación que conlleva el seguimiento de los tratamientos. En este conocimiento los profesionales son clave, pues a través de ellos se puede llegar a crear esa mentalidad. Facilitar recursos en este sentido es otra estrategia más.



L. – Modelos de acceso y optimización de la Sanidad y Gestión de terapias biológicas, actuales y futuras.

13 de noviembre de 2012. Valencia.

El modelo de gestión compartida que la Agencia Valenciana de Salud respalda para esta comunidad autónoma reportará ahorros a las arcas públicas de 1.745 millones de euros en los próximos diez años y, a medio plazo, de al menos 178, según ha revelado el director general de Régimen Económico de aquella institución, Francisco Soriano, y ha ratificado la secretaria autonómica, Manuela García, quien ha defendido la mayor eficiencia de la colaboración público-privada como fórmula gestora en los centros sanitarios.

Ambos han intervenido en el foro “Modelos de acceso y optimización de la Sanidad y gestión de terapias biológicas actuales y futuras”, organizado en Valencia por la Fundación Ad Qualitatem y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (representadas por su secretario general técnico y presidente, respectivamente, Joaquín Estévez), y en el que también ha destacado la participación del jefe de Servicio

de Farmacia Hospitalaria del Hospital La Fe, José Lios Poveda, y la jefa del Servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico, Ana Lluch, ambos centros ubicados en la misma ciudad.

De acuerdo con Soriano, la gestión compartida aprobada en la Comunidad Valenciana se propone como meta aprovechar los recursos sanitarios públicos a partir de criterios más empresariales que propios de la burocracia que anquilosa las administraciones. Para ello, el modelo agrupa los servicios asistenciales y los no sanitarios (“se trata del primer contrato integral que es a la vez horizontal –con varios hospitales– y vertical –con diferentes servicios públicos–”, ha señalado); amplía el volumen de adquisiciones con precios de compra más bajos y apoya e incentiva a los mejores profesionales por medio de retribuciones variables.



La nueva fórmula fue aprobada a finales del pasado mes de septiembre en esta autonomía, y, según revelaron tanto Soriano como García, ha reportado a la administración valenciana 400 millones de ahorro en un solo año. En esta modalidad de gestión inédita en España, la planificación corresponde, en este caso, a la Agencia Valenciana de Salud; se mantienen los acuerdos de gestión entre la Consejería de Sanidad regional y los departamentos de Salud, y los profesionales son contratados y retribuidos por el Ejecutivo autonómico.

En el foro, han pronunciado sendas conferencias Elisa Tarazona, directora de Organización y Gestión Asistencial de Ribera Salud desde 2008, y Pedro Luis Sánchez, director del Departamento de Farmaindustria, en tanto que la clausura del encuentro ha corrido a cargo del consejero de Sanidad autonómico, Luis Rosado.



Para el máximo responsable de la sanidad valenciana resulta necesario, en este momento, distinguir entre reforma sanitaria y crisis económica de los servicios públicos, ya que ambos conceptos se entremezclan y propician la confusión entre los distintos agentes. Rosado ha fijado como objetivos prioritarios de su política “disminuir la variabilidad no solo de la práctica clínica, sino también de la propia gestión de los departamentos de Salud” autonómicos, estandarizando procesos y huyendo del modelo funcionarial “para optar, en su lugar, por el empresarial”, en el que los beneficios deben recaer en los pacientes.

Nuevas terapias biológicas. Durante su intervención, la oncóloga Lluch recordó al auditorio el cambio de paradigma en el abordaje médico-científico del cáncer, enfermedad que cada vez causa mayor número de muertes debido al aumento de la esperanza de vida de la población, pero frente a la cual, al mismo tiempo, se dispone de estrategias más efectivas: “Hemos pasado de tratar a todos los pacientes con el mismo fármaco a seleccionar la indicación terapéutica a partir del fenotipo del enfermo”, explicó en alusión a los medicamentos biológicos. E incidió en que, mientras en el pasado reciente se ponía el acento en los factores pronósticos de la enfermedad, ahora se hace lo propio con los factores predictivos, esto es, “a quién y cómo se le debe tratar” y qué dianas terapéuticas intracelulares son sensibles al fármaco empleado.

A pesar de que estos medicamentos resultan todavía muy caros, tanto la investigadora como Poveda dieron ejemplos concretos de ahorro a partir de su uso: solo en el Hospital de La Fe, en los últimos años se estima que se han evitado costes de más de dos millones de euros gracias al uso adecuado de las terapias biológicas. En este sentido, el propio Poveda ha advertido de que el uso de las nuevas

tecnologías para mejorar la adherencia al tratamiento así como la monitorización de ésta ahorrarían más de 200.000 euros a los servicios de salud.

M. – Encuentro Iberoamericano de Gestión Sanitaria

15 y 16 de noviembre de 2012. Madrid.

El consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández-Lasquetty, ha inaugurado la segunda jornada del Encuentro Iberoamericano de Gestión Sanitaria que la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud ha celebrado en la Real Academia Nacional de Medicina, en la que gestores españoles e iberoamericanos han compartido experiencias para la mejora de los servicios de salud. Fernández-Lasquetty ha detallado las medidas que su departamento está llevando a cabo en este sentido, y ha subrayado que “han permitido evitar un gasto suplementario de 1.000 millones de euros en la Comunidad de Madrid este año”. El consejero ha lamentado que “se perdió un tiempo precioso para hacer estas reformas estructurales en un tiempo en el que no había crisis y ahora estamos pagando las consecuencias de esa inacción”.



El consejero madrileño ha afirmado que “es bueno que existan foros como éste para debatir más allá de la polémica pública los retos a los

que se enfrentan los servicios de salud con expertos de la gestión sanitaria” Fernández-Lasquetty ha manifestado que “los ingresos han caído de manera drástica y con ello los fondos para financiar la sanidad”. “Tenemos un sistema de salud que es excelente en sus resultados y en sus profesionales, pero que tiene un problema que es la perenne carencia de recursos para sostenerlo, de ahí la necesidad de estas medidas”. “Si contamos con menos recursos, ha continuado, es evidente que tenemos que trabajar de otra manera y para ello el papel de los gestores es fundamental”.



N. – 13ª Conferencia Hospitales TOP 20

21 de noviembre de 2012. Madrid.

Este 21 de noviembre ha tenido lugar en Madrid la 13ª Conferencia de Hospitales TOP 20, en el transcurso de la cual se entregaron los premios a los mejores hospitales del Estado. Este año, el Hospital de Igualada ha resultado TOP 20 en gestión hospitalaria en su globalidad.

El programa TOP 20 de evaluación de la calidad de los hospitales, es una iniciativa de la empresa IASIST del grupo Solución International, especializada en información de sistemas sanitarios, que elabora el ránking a partir de una amplia base de datos donde han participado este año un total de 166 hospitales, 132 del Sistema Nacional de Salud y 34 privados.

Estos premios van dirigidos a los hospitales que voluntaria y gratuitamente desean participar en un proceso de valoración objetiva de su labor, basado en datos cuantitativos disponibles.

De esta manera, ofrece los formatos de Benchmark de mejor práctica en el sector hospitalario español y reconoce la labor de los hospitales participantes que presentan mejores resultados en los indicadores utilizados.

De todos los hospitales generales medianos, que es en la categoría que se encuentra el centro igualadino, ha quedado en primer lugar, el número 1 de entre los 4 que han sido clasificados. Estos Benchmark para la excelencia. Excelencia de los hospitales, valoran, por una parte, la gestión hospitalaria global, que es en la que ha quedado en primer lugar de la categoría de hospitales generales medios públicos y, por el otro, en áreas clínicas específicas que este año son: el Área del Sistema Nervioso, el Área del Corazón, el Área del Riñón y vías urinarias, el Área Respiratoria, el Área de Seguridad de Pacientes y el Área de Atención al paciente crítico.

Estos indicadores son de calidad: los índices de mortalidad, de complicaciones y de readmisiones, de adecuación a la práctica clínica: el índice de cirugía sin ingreso y el índice de hospitalizaciones evitables y de eficiencia como es el índice de estancias, de productividad y el coste de aprovisionamiento por unidad de producción. Se estiman también otros indicadores de calidad de datos (número de diagnósticos por alta) y la tasa de GRD (grupos diagnósticos o variabilidad clínica) y de complejidad.

El premio, lo recogió el gerente del Consorcio Sanitario de L'Anoia, el doctor Ferrán García Cardona, el miércoles 21 de noviembre, en Madrid, y de manos del consejero de Salud de la Generalitat, doctor Boi Ruiz. En aquella ocasión quedó posicionado también en el lugar número 1 dentro de su categoría de hospitales generales medianos, de entre 26 hospitales más.

En 2001 repitió la primera posición de entre 24 hospitales y en 2002 el segundo de 25. Al año siguiente, en 2003 volvió a quedar en primera posición de entre 27.

Desde el año 2000

Desde que IASIST comenzó a premiar en diferentes especialidades seleccionadas por la gran prevalencia de las patologías, en centro igualadino se puso en primer lugar el año 2004 en la categoría del Área de Cirugía digestiva. El Área de la Mujer del Hospital de Igualada ha obtenido la primera posición en los

años 2009, 2010 y 2011. Este criterio de evaluación se concentra en procesos obstétricos, embarazo, parto, puerperio, neoplasias de mama intervenidas quirúrgicamente y enfermedades ginecológicas también con intervención. El Hospital de Igualada ya tiene experiencia de otros años en los que ha sido ganador ya desde la primera edición en 2000.

Ñ. – V Jornadas Nacionales de SEDISA

22 y 23 de noviembre de 2012. Guadalajara.



MIRANDO HACIA EL FUTURO

ASAMBLA GENERAL DE SOCIOS

Durante el transcurso de las V Jornadas Nacionales de SEDISA, se llevará a cabo la Asamblea General de Socios en el salón de actos del Hospital Univ. Guadalajara
Jueves, 22/11/12 a las 20.00h

INSCRIPCIÓN GRATUITA PARA SOCIOS DE SEDISA

Cuota de inscripción a las Jornadas Nacionales: 200.000, 50 €. Este importe es igual a la cuota anual de inscripción como socio de SEDISA.
Con este pago tendrán derecho a formar parte de la sociedad durante un año

PREMIOS "SEDISA SIGLO XXI" Con la colaboración de: **AMGEN**

Durante el transcurso de las V Jornadas Nacionales de SEDISA, se entregarán los premios a los 3 mejores artículos publicados por nuestros socios, en la revista "SEDISA Siglo XXI" durante el año 2011.

"MEJOR DIRECTIVO SANITARIO 2011"

Durante el transcurso de las V Jornadas Nacionales de SEDISA, se entregará el premio al Mejor Directivo Sanitario 2011.
Con la colaboración de: **Johnson-Johnson**

GUADALAJARA 2012 HOSPITAL UNIV. GUADALAJARA

MIRANDO HACIA EL FUTURO

PROGRAMA: Jueves, 22 de Noviembre de 2012

16.00-16.15h. INAUGURACION JORNADAS:

- D. Luis Carretero Alcántara, Director Gerente: SESCAM
- D. Joaquín Estevez Lucas, Presidente: SEDISA
- D. Cristina Granados Uceda, Vocal SEDISA

16.15h-17.30h - Mesa 1: "La salud de la crisis"

- D. Andreas Abt, Director General Roche España
- D. Ignacio Ayerdi Salazar, Director General Philips Cuidado de la Salud

Moderador: D. Mario González González, vocal SEDISA

17.30h-20.00h - Mesa 2: "Profesionalización del directivo sanitario"

- D. Víctor Menéndez Rodríguez, Director del Área de Gestión de RRHH Banco Santander
- D. Fernando Cuadrado Ambros, Director RRHH para especialidades farmacéuticas Novartis
- D. Mariano Guerrero Fernández, Secretario SEDISA
- D. José Javier Castrodon, Secretario General de Coordinación Profesional, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Moderador: D. Carlos Arenas Díaz, vocal SEDISA

20.00h-20.30h
Cena: Monasterio de Lupatón (salida BUS desde Tryp Guadalajara a las 21.00h)

Viernes, 23 de Noviembre de 2012

10.00-12.30h. Mesa 3: "Prospección de los Servicios de Salud"

- D. Eduardo García Prieto, Director Gerente SACYL
- D. Luis Carretero Alcántara, Director Gerente: SESCAM
- Dña. Manuela García Rubio, Secretaria Autorización Comunidad Valenciana
- D. José Tomás Tena Pérez, Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud
- D. José Antonio Alarcón González, Director Gerente Servicio Murciano de Salud

Moderadores: Dña. Cristina Granados Uceda, Vocal SEDISA y D. Cesar Pascual Fernández, Vicepresidente SEDISA

12.30-13.30h. Entrega de Premios

13.30-14.00h. Cierre

- D. José Ignacio Echániz Salgado, Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha
- D. Luis Carretero Alcántara, Director Gerente del SESCAM
- D. Cesar Pascual Fernández, Vicepresidente SEDISA

GUADALAJARA 2012 HOSPITAL UNIV. GUADALAJARA

Un año más se han celebrado las **Jornadas Nacionales de SEDISA**; su V edición ha tenido lugar en Guadalajara los pasados 22 y 23 de noviembre, bajo el lema: **“MIRANDO HACIA EL FUTURO”**, Gerentes y altos cargos directivos de la Sanidad y de compañías farmacéuticas e incluso bancarias de toda España han expuesto sus planes de acción este jueves, en el Hospital de Guadalajara, a dos centenares de gestores y profesionales sanitarios que acudieron durante estos dos días a dichas jornadas. La mesa presidencial de inauguración estuvo compuesta por el director gerente del Servicio Manchego de Salud (SESCAM), Luis Carretero; la gerente del Área Integrada de Guadalajara y vocal de SEDISA en la comunidad, Cristina Granados; y el vicepresidente de SEDISA, César Pascual. En dicha inauguración se ha hecho referencia en la necesidad de avanzar desde el esfuerzo, trabajo y la profesionalización de los directivos de la salud.



La primera sesión del foro, que organizan SEDISA y la Fundación SEDISA, se ha dedicado a escuchar la perspectiva de la industria de cómo saldrían ellos de la crisis desde el punto de vista de una farmacéutica y desde el punto de vista de la tecnología sanitaria.

La **MESA 1: “La Salida de la Crisis”** ha contado con la presencia como ponentes del director general de ROCHE España, **Andreas Abt**, e Ignacio Ayerdi, expresidente de Philips Ibérica y director general de Cuidado de la Salud en dicha compañía. Dicha mesa estuvo moderada por Mario González, vocal de SEDISA.



Hablar de crisis económica y su repercusión en la sanidad se ha convertido en uno de los temas típicos de discusión y debate dentro del mundo de la gestión. Nuestro sector no es ajeno a la situación económica del país y de ahí que todas las administraciones están tomando medidas que intentan racionalizar y adecuar el gasto sanitario a las posibilidades reales de financiación. Ello implica, con carácter general, tomar medidas en múltiples frentes: proveedores, ajustes de personal, reajuste de la actividad asistencial, potenciar la gestión clínica como fórmula de autorresponsabilización, implicación y gestión desde los profesionales así como una necesaria adecuación de la cartera de servicios en concordancia con las necesidades y la financiación. En la mesa se abordaron por parte de dos altos directivos de la industria farmacéutica y tecnológica la situación desde su punto de vista.

La conferencia del doctor Andreas Abt, titulada ***“Navegando en la tormenta perfecta. La respuesta de Roche ante la crisis”***, se centró en una descripción de la presencia global de Roche a nivel mundial como de nuestro país, abordando la repercusión que la crisis económica está teniendo en la industria farmacéutica, en la cual ha habido una caída del gasto farmacéutico del 17 por ciento en el período comprendido entre 2009 y 2012. Roche Farma no ha sido ajena a esta situación y para dicho período los resultados han sido de una disminución del 15 por ciento, con una dificultad cada vez mayor de

introducir nuevos productos y siendo conscientes que la clave de la solución futura pasará por la transformación de las dificultades en oportunidades. De ahí que el esfuerzo de Roche Farma en salir de la crisis lo centre el doctor Abt en cuatro puntos:

- Innovación: caminando en la línea del desarrollo de la medicina personalizada, haciendo hincapié en la posición de Roche como líder mundial en I+D con una inversión global de 7.181,1 millones de euros.
- Organización: mediante la transformación del perfil de la compañía a las nuevas necesidades, en un panorama cada vez más complejo de clientes y decisores. En este sentido, se ha desarrollado por parte de la compañía una nueva estructura de relación con los clientes.
- Talento: es la base sobre la que se ha planteado la evolución del perfil de la compañía abordando un mapa de talento, un plan de sucesiones, un programa de desarrollo del talento interno y la incorporación de talento externo. Mención especial merece la plataforma Pharma Talents que se ha lanzado para poder acceder al talento en el sector.
- Gestión de la deuda: en el curso de la ponencia, el doctor Abt ha hecho un análisis de la evolución de la deuda a lo largo de los cinco últimos años valorando de forma especialmente positiva la repercusión del Plan Montoro.



Y en este entorno manifestó el doctor Abt que se mantiene su compromiso con el crecimiento como ha sido el incremento de puestos de trabajo en el centro tecnológico o el compromiso de inversión para la planta de Leganés. Y todo ello sin olvidar la actividad innovadora, siendo uno de los ejemplos el acuerdo con el CNIO para el desarrollo de terapias experimentales. Finalizó su intervención lanzando un mensaje de confianza en el futuro y de mantenimiento del compromiso desde Roche Farma con España.



Por su parte, el **doctor Ignacio Ayerdi**, director general de Cuidado de la Salud de Philips Ibérica y anterior presidente de Philips Ibérica, tituló su conferencia ***“Mirando hacia el futuro. La salida de la crisis”***. En la misma comenzó abordando las tendencias existentes actualmente en el mundo sanitario marcadas por el envejecimiento de la población, el aumento de la demanda sanitaria, las expectativas de la población y el ritmo de vida. Ante este planteamiento se hace necesaria en su opinión fomentar la involucración de la población en la salud. Declaró que “la salida de la crisis no es una opción, sino una obligación a la que no podemos renunciar”. Respecto a la situación de crisis que atravesamos, marca como clave la necesidad de adoptar nuevas estrategias, centrándose sobre todo en la innovación, las alianzas y la necesidad de atender las necesidades de nuestros clientes. Para todo ello, el nuevo sistema debe basarse en lograr un aumento de la esperanza de vida con buena salud, siendo financieramente sostenible, estimulando el desarrollo de los profesionales y garantizando cohesión social y contribuyendo al desarrollo del país.

Y para lograr todo esto abordó en la conferencia varias claves, centrándose en la necesidad de una mayor integración, la orientación a resultados, la necesidad de simplificar la organización y de primar el valor y no el volumen.

Abordando la situación de la tecnología hay que considerar que ésta avanza rápidamente, habiéndose convertido los avances del pasado en nuestros estándares actuales. Philips Ibérica entiende que las alianzas son parte de la solución para la gestión de la tecnología, buscando hacer compatible la

incorporación de las innovaciones tecnológicas y la sostenibilidad del sistema mediante nuevas formas de relación entre proveedor y cliente.



En el aspecto referente a la nueva era que se abre en el mundo de la imagen, ésta estará marcada por la integración y colaboración clínica, el paciente como centro y la necesidad de aportar valor, buscando la innovación en el espacio tradicional de los radiólogos, sobre los que analizó su papel presente y futuro.

En el área de cuidados críticos, el señor Ayerdi habló de la tendencia a pasar “de dispositivos a soluciones”, siendo necesario mejorar la gestión del paciente crítico.

También abordó las necesidades de innovar en el área de hospitalización

Por último, centró su intervención en las tendencias futuras marcadas por el cambio que supondrá un sistema basado en el hospital a una atención que se prevé estará centrada en el propio domicilio del paciente.

Acabó su intervención resaltando que la tecnología no supone una parte del problema de la sostenibilidad del sistema sanitario sino que es una parte de la solución.



En la segunda sesión, la Mesa 2: “La Profesionalización del Directivo Sanitario.

Hemos contado con la presencia del Banco de Santander, Novartis, SEDISA y el Ministerio de Sanidad. Moderados por Carlos Arenas, vocal de SEDISA.

Desde SEDISA venimos luchando por la profesionalización de la gestión sanitaria desde hace más de veinte años. Sabemos que en nuestro medio, donde la mayoría de los centros son públicos aún el nombramiento de los cargos directivos está ligado a la influencia política directa, sin embargo, yo creo que llega a directivo sanitario y se mantiene, quien desea serlo y se prepara para ello. Y la mayoría de mis compañeros son profesionales formados y con experiencia. Aunque la gente y los profesionales de base del sistema no lo saben y suelen enmarcarnos a todos como puestos políticos.

El directivo nace, pero necesita también hacerse para madurar y pulir sus cualidades. En SEDISA estamos deseando llegue una regulación o acreditación para el directivo sanitario que sabemos es difícil, pues no se debe coartar o poner puertas al campo, no es posible ni recomendable, pero sí sería necesario una formación mínima y es imprescindible, además, tratar de que el recorrido de entrada a la carrera directiva sea lógico, como suele ocurrir en el empresa privada desde abajo hacia arriba escalonadamente, y que el buen desempeño medible sea al final lo que determine el ascenso en nuestra carrera y no los avatares políticos.

En ese sentido, va el documento que pretende convertirse en una declaración y que SEDISA impulsa.



Nos explicó el sistema de ascensos del banco y de formación continuada que es muy elaborado y que produce verdadera envidia cuando los comparas con nuestro sector donde la formación es mucho más desestructurada, no reglada y voluntarista. Destacó que la política del banco no es de fichajes de fuera de la empresa, sino de formar a su gente y tirar de ellos para cubrir sus puestos directivos, para lo que se necesita un buen banquillo. Se considera un fracaso de la política formativa el tener que hacer fichajes externos para directivos específicos con un perfil que no encuentren entre los suyos.

En el banco hay un comité de selección y otro de desarrollo y movilidad, en total 18 comités top ten donde se hace una valoración ascendente y se recaba la opinión del directivo, de sus pares y de sus subordinados en sus equipos. En base a ello se realizan mapas de talento. También hay programas para profesionales de alto potencial y de reclutamiento de talento joven. El banco tiene 1.600 profesionales en movilidad internacional. A los directivos se les incentiva con compensaciones en función de niveles de responsabilidad, su valoración interna y su desempeño. La retribución tiene una parte fija, otra variable y beneficios sociales e incentivos a largo plazo, como los planes de jubilación.

A la formación asisten el 100 por ciento de los directivos. El gasto anual es de 113 millones de euros y se realiza por universidades, formadores externos. Hay una escuela corporativa de auditoría. El plan formativo curricular de directivos está valorado por los mismos con un 9 de valoración media.

También hay formadores internos: 324 son top formadores de 675 formadores internos.

Se mide también el retorno del impacto de la formación a la institución. En segundo, lugar intervino **Fernando Cuadra Ambrús**, director de RRHH de Especialidades Farmacéuticas y Acceso al Mercado de Novartis.

Nos habló de liderazgo y cómo se forma a los directivos en Novartis.

Nos recordó que cuando empezamos un trabajo queremos hacer las cosas bien y queremos contribuir estemos donde estemos y que los directivos tenemos un alto impacto desmotivador más que motivador, según nuestra actitud con las personas que dirigimos.

Las personas cuando dejan las instituciones o deciden no colaborar es por la sensación de ser ignorados o de no conseguir logro. Tenemos que ser conscientes de que siempre tenemos un impacto directo en la motivación de las personas ya sea por acción u omisión.

El clima laboral también influye en la motivación y finalmente en el rendimiento de toda la organización.

Los líderes son los que saben moldear la cultura de la empresa para hacerla más atractiva y más productiva a la vez.

Trabajamos para conseguir resultados a través de las personas, por ello es fundamental sacar lo mejor de cada persona. No olvidar que somos primero gestores de personas. Hay que innovar y cambiar de paradigma a la hora de dirigir equipos enfocándonos en conseguir ser un líder coach, para lo cual hay que tener unas habilidades específicas.

¿Y cómo se construye ese tipo de líder en Novartis?

En el comité de dirección de la empresa no hay nadie que haya llegado de fuera de la empresa.

Hay que conseguir la adecuación del candidato para que desarrolle todo potencial y capacidad de aprendizaje. Es importante despertar y mantener la chispa de cada uno. Hay una división de revisión del talento, se valoran el desempeño, la capacidad de movilidad geográfica y, sobre todo, de aprendizaje.

Los requisitos para llegar a ser líder son: Rendimiento positivo sostenido, inglés, haber completado programas de liderazgo, haber gestionado personas y haber estado en varias áreas estratégicas de la compañía. Hay también oportunidades regladas, como en el Santander, donde los empleados hablan de sus jefes.

No plazos concretos que haya que superar.

Cada vez están más enfocados al líder coach que ayuda al empleado a entender el entorno y ofrece feedback para aprendizaje y crecimiento. Ese líder no es blando, puede ser duro pero ayuda a entender los objetivos a través de los valores con lo que el empleado crece y es más efectivo cada vez. Consigue alinear los objetivos a la misión en toda la organización consiguiendo equipos de alto rendimiento donde el valor del equipo es multiplicador y se consigue desarrollo y crecimiento personal de todos.

Cada vez son menos importantes, pues, habilidades técnicas y cada vez más las emocionales, que pueden mejorarse a través del feedback y la inteligencia emocional.

Cerró la charla recordando que lo que más impacta a nuestro personal es nuestro ejemplo.



El siguiente ponente fue **Mariano Guerrero Fernández**, secretario general de SEDISA; y director de planificación y Proyectos del Grupo Ribera Salud, presentando el Informe SEDISA sobre Profesionalización de Directivos Sanitarios. Este informe, elaborado gracias a los datos de paneles de expertos y encuestas con la colaboración de Tea Cegos en el análisis de los datos, ha sido enriquecido por la aportación de los socios, y el doctor Guerrero mencionó a varios.

Expuso los datos de la encuesta donde destacaba que la mayoría tenía más de diez años de ejercicio como gestor y pensaban que sus nombramientos estaban más influidos por criterios políticos que en función de resultados. También en porcentaje significativo mayor del 40 por ciento reconocía no haber recibido formación continuada en los últimos dos años.

Habló de las características del gestor sanitario y cómo debe ser garante de la ética de las instituciones sanitarias que son especiales por su misión y de la corporación a la que pertenecen. Y aunque los

directivos de la sanidad pública en algunos casos sean cargos de confianza, hay que pasar de la confianza personal a la confianza profesional. Lo mejor es aunar ambas. Actualmente, las retribuciones de los gestores sanitarios son bajas por lo tanto es una opción actualmente muy motivacional. Actualmente no existe una acreditación del directivo y continuar o no en el puesto es bastante aleatorio. Todo esto hace que sea difícil reclutar directivos.

Es importante evaluar y mantener según el desempeño, ya que una gestión a más largo plazo mejora la efectividad; por último, habló de mantener una actitud ejemplarizante.

Cerró la mesa dando la visión desde el Ministerio de Sanidad de la profesionalización del directivo **Carlos Moreno Sánchez**, subdirector general de RRHH del SNS. Habló de que no existe verdadera autonomía de gestión en la gestión pública pura. Tampoco se mide los resultados de manera rigurosa. El reclutamiento de directivos es discrecional dependiendo de la influencia política. Hay una fragilidad de los gestores por su horizonte temporal limitado a las legislaturas. También hay ausencia de itinerarios formativos de directivos y estrategias.



Habló de la importancia emergente de la gestión clínica y el desarrollo profesional de los mandos intermedios. El Ministerio está trabajando en impulsarla, fijándose en varios modelos autonómicos como el modelo de Asturias de gestión clínica. Otras líneas de trabajo más a medio plazo es aumentar la parte variable de las retribuciones del personal sanitario.

Se está actualizado el registro estatal de profesionales sanitarios y habló de la posibilidad de acreditar la capacitación profesional de los directivos sanitarios a través de diplomas de acreditación avanzada.





El viernes 23 de noviembre tuvo lugar la **Mesa 3: “Propuestas de los servicios de Salud”**,

“Ir más allá de los recortes para profundizar en medidas más estructurales es la labor que deben tener por delante los gestores sanitarios para poder sacar al SNS de su propia crisis. Para ello, es necesario contar con unos gestores profesionales, que sean ejemplo de liderazgo y con una formación evaluada, pero también con el consentimiento de las autoridades para que esto sea un hecho”. Los directores gerentes de los Servicios de Salud de Aragón (José Tomás Tenza), Murcia (José Antonio Alarcón), Castilla-La Mancha (Luis Carretero), y Castilla y León (Eduardo García Prieto) han coincidido en que “ahora más que nunca” prevalece la unión entre los mandos regionales de la Sanidad para preservar sus prestaciones con estrategias de ahorro, entre ellas las dirigidas al “capítulo uno”, es decir, los recursos humanos, dado que se trata del que más gasto genera, y, al mismo tiempo, el más sensible a los cambios desde el punto de vista social.

Los cuatro han comparecido en público durante el segundo día de las V Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), que organiza este colectivo y que ha congregado a dos centenares de personas vinculadas con la gestión de la salud en el Hospital Universitario de

Guadalajara, y, en este contexto, han esgrimido sus planes de actuación en el actual ejercicio económico como balance y atisbo de lo que llevarán a cabo el año que viene.



Alarcón y García Prieto, por su parte, pusieron el acento en la descentralización de la labor gestora por medio de las unidades de gestión clínica, y aquél criticó el “hospitalocentrismo” que arrastra la política sanitaria del país desde hace décadas, en tanto que Carretero exhortó a sus colegas a ir más allá del “espíritu de Alma Atta”, en alusión a la Conferencia celebrada en esa ciudad (entonces soviética) en 1978, y centrar la atención en los enfermos crónicos, la Atención Primaria y los sistemas de información como herramienta para acometer los cambios que se precisen. El mandatario manchego celebró asimismo el acuerdo llevado a cabo con los sindicatos y otros agentes de la sanidad autonómica para afrontar 2013, “buscando juntos márgenes de mejora” en lugar de proseguir con recortes drásticos de las partidas presupuestarias.

En general, estos planes tratan de limitar al máximo los despidos de profesionales, por ejemplo, pero, al mismo tiempo y de forma inevitable, eliminan actividades que suponían ingresos extraordinarios para éstos, caso de las llamadas “peonadas” o actividad asistencial en horario de tarde, en realidad ya

suprimidas en muchas autonomías como, por ejemplo, la aragonesa: “La paradoja con que nos hemos encontrado es que ha aumentado la actividad de cada jornada ordinaria”, ha subrayado Tomás Tenza. “También hemos quitado todos los complementos, pero no se han efectuado despidos”, matizó; reconoció, en cambio, las trabas con que se ha topado para centralizar las compras en una sola central y recordó objetivos cumplidos como la implantación de la receta electrónica o la creación de comisiones técnicas en los dos niveles asistenciales, Primaria y Especializada.

Tenza aportaba la visión más realista, dejando claro que aunque hasta ahora se han podido afrontar los recortes, “los márgenes de eficiencia se han acabado”, por lo que es necesario “devolverle el poder a los gerentes, o al menos plantearse quién manda en la gestión sanitaria y sobre qué”. En cuanto a nuevos modelos de gestión, como las concesiones, se planteaba que si estos modelos son más eficientes, es debido a “las reglas de juego de la contratación”, por lo que se planteaba si “quizás es más barato cambiar el régimen de los estatutarios, para tener más flexibilidad en la gestión, que externalizarlo todo”.

Pero la sintonía de los discursos de los altos cargos autonómicos –moderados a dos bandas por el vicepresidente de SEDISA, César Pascual, y la gerente del centro anfitrión del foro, Cristina Granados– se percibió en la filosofía “de fondo” con que se espera superar la crisis y, lo que es más importante, impedir cometer una vez más los errores del pasado, y que se resumen en flexibilizar el funcionamiento de las administraciones imitando los modelos de gestión empresarial, y ampliando, en este sentido, la colaboración público-privada, tal como se hace en Castilla La Mancha, a imagen y semejanza de las experiencias de Madrid y Comunidad Valenciana: “¿Qué estructura de provisión aseguraría el futuro. Una en la que se transfiriera el riesgo al proveedor”, se preguntó y contestó.





Por otra parte, los gerentes de los cuatro servicios sanitarios autonómicos opinaron sobre la profesionalización de los directivos de la salud, un asunto que SEDISA (y aun antes que ella, las escuelas de directivos que la precedieron) defiende desde su fundación y ha vuelto a poner sobre la mesa con la entrega al Ministerio de Sanidad de un documento con propuestas para que se acredite la función directiva en el sector.

En último lugar debatieron si se podía obligar a los profesionales de los centros a vacunarse. Aunque es un tema latente desde hace muchos años, en la última mitad del 2012 ha cobrado bastante importancia. Las opiniones fueron todas encaminadas a que “la vacunación de los profesionales de algunas unidades es cuestión de responsabilidad de los mismos, y que sería ideal que así se produjera”. Sobre todo,

hicieron hincapié, en las unidades donde más contacto se tiene con el paciente y donde existe más riesgo de contraer/transmitir el virus.

En lo que hubo más debate es en la forma de conseguir que este hecho se produzca entre los profesionales sanitarios: “Se obliga, se recomienda, se premia....”



PREMIOS

El colofón de las jornadas fue la entrega de los diversos premios que concede la agrupación organizadora, en la actualidad presidida por Joaquín Estévez. Por un lado, las distinciones a los mejores



artículos científicos publicados en la revista trimestral SEDISA S.XXI, en las que colaboran Amgen y Bayer; y, por otro, la segunda edición del galardón al **Directivo Sanitario del año 2011**, que lleva a cabo la Fundación SEDISA, con la colaboración de **Johnson&Johnson** y que en esta ocasión recayó en el gerente del Hospital General de Valencia, **Sergio Blasco**, y en el que quedaron

como finalistas el propio Pascual, en la actualidad gerente del Marqués de Valdecilla de Santander, y Juan José Fernández Ramos, gerente del Hospital Moncloa de Madrid.

Blasco, en la recogida del premio y parafraseando al futbolista Iniesta ha declarado que éste “no es un premio individual, sino un premio a un equipo”, y ha agradecido al equipo directivo del hospital “su competencia, humanidad y dedicación”.



Las distinciones a los **tres mejores artículos científicos publicados por los socios de SEDISA en la revista trimestral SEDISA S.XXI, durante 2011**, recayeron en:

Premio → 1.000€ para el artículo:
"Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España".

Autor: Dr. Carlos Arenas Díaz





2º premio → 600€ para el artículo:

"Liderazgo Situacional".

Autor: Dr. José Antonio Moreno Ruiz

3º premio → 400€ para el artículo:

"Gestión por competencias y aplicación a la formación continuada como pilar de sostenibilidad al sistema sanitario".

Autor: Dra. Raquel Martínez Iglesias



Con la colaboración de Amgen y Bayer

Galería de Fotos









O. – Jornada Gestión Sanitaria. Cronicidad y Sostenibilidad

28 de noviembre de 2012. Alicante.

El Hospital General Universitario de Elda ha acogido esta mañana una Jornada de Gestión Sanitaria en la que se han analizado los modelos de abordaje de la cronicidad que permiten asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario.

El director general de Régimen Económico de la conselleria de Sanitat, Francisco Soriano, que ha participado con la ponencia “Sostenibilidad y nuevo modelo de gestión sanitaria”, ha destacado que “ha llegado el momento de introducir el modelo empresarial en el sector público para afrontar la falta de sostenibilidad del sistema sanitario preservando la sanidad pública, es decir, sin que ello implique destruir empleo público, cerrar centros ni recortar prestaciones, sino consiguiendo una mayor eficacia y eficiencia y evitando el despilfarro de recursos”.



Soriano también se ha referido a las nuevas posibilidades del modelo para el desarrollo profesional de los trabajadores, ya que supone un nuevo sistema de incentivos que prevé la posibilidad del aumento de retribuciones. En este sentido, ha destacado que las ventajas son múltiples porque “el profesional recibe

incentivos por los resultados obtenidos, el equipo directivo goza de un apoyo permanente para mejorar la gestión, los logros se comparten y se transmiten a los profesionales que participan de la mejora, y la empresa colaboradora, por su parte, se implica más en los objetivos del Sistema al ser retribuida por su contribución”.

Soriano ha recordado que “en breve, se van a sacar a licitación la contratación del primero de los puntos, el de servicios generales de las instalaciones sanitarias, cuyo objetivo es doble: generar ingresos y ahorrar en costes”.

También se ha referido al Sistema Logístico Integral, “que pretendemos implantar durante el 2013, de forma progresiva”, y cuyo objetivo es integrar en un contrato toda la actividad logística de los departamentos de salud, creando con este fin una plataforma única para toda la Agencia Valenciana de Salud.

Modelos de abordar la cronicidad

Esta jornada organizada por el Departamento de Salud de Elda, en colaboración con la Asociación Nacional de Directivos de enfermería (ANDE), la sociedad España de Directivos de la Salud (SEDISA) y el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), ha contado también con la participación de Vicente Gil, Josefa Soler y Vicente Bellver.

En primer lugar, Vicente Gil, responsable de la Unidad de Investigación del Departamento de Salud de Elda, ha presentado los ‘Nuevos modelos de gestión en el abordaje de la cronicidad’, exponiendo la experiencia de la Comunidad Valenciana en el ámbito de la estrategia de crónicos, explicando a los asistentes la existencia de tres programas: PROPESE, Valcronic y Escarval. El primero de ellos, encargado de mejorar el control de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Valcronic, una iniciativa basada en las nuevas tecnologías, que permite el control de los pacientes crónicos y sus parámetros desde su domicilio, a través de tablets o aplicaciones móviles. Y, por último, Escarval, que ofrece el seguimiento durante diez años de los factores de riesgo cardiovascular de hipertensos, dislipémicos y diabéticos.

Por su parte, Josefa Soler, del Servicio de Protocolización e integración asistencial de la Conselleria de Sanitat, se ha referido al autocuidado y al paciente experto como elementos claves para seguir mejorando el tratamiento de las enfermedades crónicas. En este sentido, Soler ha profundizado en la incorporación de la Enfermera Gestora de Casos, un nuevo perfil de enfermería, cuya captación del

paciente, seguimiento, continuidad en la atención y actuaciones personalizadas “permite reducir un 77 por ciento las urgencias hospitalarias y un 70 por ciento los ingresos en los casos de pacientes no paliativos, y disminuir un 78 por ciento las urgencias y un 64 por ciento los ingresos en los pacientes paliativos”.

Soler ha recordado que “en este modelo existen dos figuras: la enfermera gestora de casos comunitaria y la hospitalaria, y ha indicado que los atributos de este modelo son “la búsqueda activa del caso complejo, personalización, intervenciones multiprofesionales y coordinadas, seguimiento, continuidad, domiciliario, cuidadores y el uso intensivo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación”.

Por último, Vicente Bellver, profesor de Filosofía del Derecho de la Universidad de Valencia y miembro del Comité de Bioética de España, ha puesto de manifiesto la importancia de la ética en la atención de la cronicidad.

P. – Jornada sobre Infecciones Hospitalarias

28 de noviembre de 2012. Madrid.

“Sin lugar a dudas la mejora de tasas de infección es clave como indicador de calidad de un centro”, ha reconocido Juan Abarca Cidón, secretario general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), en una jornada organizada junto a Becton Dickinson. En este sentido, ha señalado que desde la sanidad privada “estamos trabajando para aumentar esa vigilancia y prevención en beneficio del paciente”.

“Teniendo en cuenta que el 20 por ciento de las intervenciones quirúrgicas que se llevan a cabo en nuestro país se realizan en centros privados, y que la cirugía es un área de alta sensibilidad en cuanto a infecciones, para IDIS es un tema de máxima inquietud e interés”, ha recalcado Abarca Cidón.



Según los datos del estudio Epine, que evalúa la prevalencia y evolución de las infecciones nosocomiales en Europa, en España 6,3 pacientes de cada 100 sufre una infección hospitalaria tras pasar por un centro sanitario. A pesar de que no existen cifras globales concretas, ya que en este estudio participan 287 hospitales pero no la totalidad, “estos datos siguen siendo lamentablemente muy altos”, tal como ha asegurado José Luis Gómez, director general de Becton Dickinson para España y Portugal.

“Si a ese porcentaje se añade la estimación de que cada año pueden fallecer por estas infecciones unas 3.700 personas, es obvio que se hace preciso adoptar medidas de vigilancia al respecto”.

En este sentido, esta situación mejoraría si la prevención de las infecciones hospitalarias fuese un objetivo de primer orden para gerentes de hospitales, “algo que está en manos de las administraciones sanitarias. Por otra parte, desde el ámbito clínico, la situación mejoraría con el desarrollo de protocolos de actuación específicos que partan de las sociedades científicas y permitan a los profesionales adoptar esa forma de actuación que sin duda redundaría en una mejora considerable en la prevención de esas infecciones”. En este sentido, durante la Jornada se ha destacado el éxito del modelo británico de prevención de infecciones, que funciona por un sistema de objetivos e incentivos y que ha reducido considerablemente no solo los casos de fallecimiento por infección, sino también los costes asociados a la hospitalización de esos pacientes.

Q. – II Foro de Gestión Clínica de la Enfermedad Cardiovascular.

Herramientas para una Mejor Gestión de la Enfermedad Cardiovascular.

29 y 30 de noviembre de 2012. Madrid.

El número de personas con enfermedades crónicas ha crecido de forma significativa, de tal manera que se calcula que en España casi 20 millones de personas padecen problemas crónicos de salud, según el INE de 2009.

Los expertos en enfermedad cardiovascular señalan que, ante esta situación, son necesarias nuevas herramientas que mejoren la gestión y el enfoque de los pacientes crónicos, en concreto con enfermedades cardiovasculares como son la insuficiencia cardiaca, la hipertensión arterial, la diabetes, la cardiopatía isquémica... Para ello, recomiendan llevar a cabo intervenciones eficaces como la estratificación del riesgo, la explotación de los sistemas de información o el establecimiento de indicadores de gestión.

Para debatir qué herramientas mejoran el manejo y control de las enfermedades cardiovasculares, durante dos días, decisores, gestores y clínicos de casi todas las Comunidades Autónomas se reúnen en Madrid en el marco del II Foro de Gestión Clínica de la Enfermedad Cardiovascular, titulado “Herramientas para una Mejor Gestión de la Enfermedad Cardiovascular”.

Se trata de una actividad organizada por MSD con el apoyo del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC) y las principales sociedades nacionales referentes en gestión, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) y la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

La estratificación del riesgo, útil para el clínico, el gestor y el paciente

La estratificación del riesgo empieza a abrirse camino como una herramienta de gestión tanto a nivel clínico como poblacional en la mejora de la atención a pacientes crónicos. “Se trata de identificar a pacientes con determinados perfiles de riesgo con el fin de dirigir mejor las intervenciones sanitarias y sociales”, apunta Roberto Nuño, director del Instituto Vasco de Innovación Sanitaria del Departamento de Sanidad del País Vasco.

“Para el gestor es una herramienta útil que le ayuda en la planificación y diseño de programas terapéuticos; para el clínico es un elemento a tener en cuenta en su actividad porque aporta valor a su decisión clínica; y, finalmente, todo repercute en el paciente, quien recibe una atención sanitaria de mayor calidad y obtiene mejores resultados en salud”, explica este experto.

La estratificación del riesgo es una herramienta que permite identificar pacientes complejos dentro de programas de enfermos pluripatológicos, entre los que el diagnóstico más habitual es la insuficiencia cardíaca. En este sentido, Roberto Nuño asegura que “gracias a las herramientas de estratificación, en el País Vasco hemos desarrollado intervenciones que han reducido los ingresos no programados y las atenciones en urgencias entre un 30 por ciento y un 70 por ciento. A pesar de que debemos ser cautos interpretando estos resultados por limitaciones metodológicas y por tratarse de experiencias piloto, sí podemos afirmar que hay un patrón de mejora de la calidad de la atención que recibe el paciente y una reducción en el uso de los recursos hospitalarios”.

Una nueva era para los sistemas de información

El desarrollo de sistemas de información ha supuesto en los últimos años un foco de inversión importante para las Administraciones Sanitarias. Éste es uno de los motivos por los que, a día de hoy, la mayoría de las comunidades autónomas dispone de recursos potentes para el análisis y la gestión de la información. En el marco del II Foro de Gestión Clínica de la Enfermedad Cardiovascular, los expertos analizan cuál sería la forma óptima de organizar estos sistemas de información para contribuir a una mejor gestión de estas patologías y para ayudar al profesional en la toma de decisiones.

Montserrat Hernández, directora técnica de Sistemas de Información Sanitaria, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Dirección General de Atención Primaria del SERMAS, asegura que “una explotación sistematizada y rigurosa de la información facilita la identificación y el análisis de cada uno de los indicadores de gestión establecidos. A día de hoy, lo que observamos es un incremento del rendimiento de los sistemas de información, un mayor uso de las herramientas asistenciales así como mejoras en sus funcionalidades, lo que trae consigo un mayor nivel de conocimiento de la gestión clínica asistencial en nuestro ámbito”.

Como ejemplo de los sistemas de información, Montserrat Hernández explica que “en la Comunidad de Madrid, en Atención Primaria (AP Madrid) disponemos del cuadro de mando integral que utiliza como fuente para obtener información de los pacientes la Historia Clínica Electrónica Única Centralizada”. A

partir de su experiencia, expone que “AP Madrid permite la recogida sistemática y normalizada de la información que facilita el análisis y la identificación de líneas de mejora en relación con los resultados obtenidos de las patologías de los pacientes”.

Por último, los expertos en patología cardiovascular señalan los beneficios que tiene para el paciente una correcta interpretación de los sistemas de información. Montserrat Hernández asegura que “el principal beneficio es el mejor conocimiento que los profesionales sanitarios obtienen sobre su salud, lo que les permite un mejor control y seguimiento de su enfermedad”.

Indicadores de gestión: optimizan el tratamiento y reducen el riesgo de nuevos episodios en pacientes cardiovasculares

Otro de los aspectos clave que los expertos en enfermedades cardiovasculares debaten en Madrid es la realidad de los indicadores de gestión, es decir, ¿los indicadores actuales ayudan al clínico a gestionar esta patología? ¿Qué información necesita el médico para la toma de decisiones?

El doctor Álvaro Bonet, miembro del Grupo Cardiovascular de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria y coordinador del Grupo de Gestión en la Comunidad Valenciana, explica que “los indicadores de gestión son aquellos que informan al médico de familia de la situación de un paciente para ayudarle a tomar una decisión que suponga una mejora para la salud del enfermo”.

“A día de hoy, los indicadores están pensados más para el gestor que para el clínico, aunque la situación puede variar según la comunidad autónoma”, apunta el doctor Bonet, quien explica que “son las consejerías de salud las que deciden qué indicadores se incluyen en sus acuerdos de gestión o en las aplicaciones informáticas”.

Como parte de su experiencia, este experto reconoce que “si los clínicos disponen de toda la información necesaria sobre el control de los factores de riesgo cardiovascular, pueden tomar decisiones que optimicen el tratamiento y disminuyan el riesgo de nuevos episodios en pacientes con antecedentes cardiovasculares”.

Acerca de MSD

En la actualidad, MSD es un líder de salud global que trabaja para contribuir a la salud mundial. MSD es conocida como Merck & Co., Inc. en Estados Unidos y en Canadá. Mediante nuestros medicamentos, vacunas, terapias biológicas, productos de consumo y veterinarios, trabajamos con nuestros clientes

operando en más de 140 países para ofrecer soluciones innovadoras de salud. También demostramos nuestro compromiso para incrementar el acceso a los servicios de salud a través de políticas de gran alcance, programas y colaboraciones. Para obtener más información visite www.msd.es y síganos en Twitter, Facebook y YouTube.

Declaraciones de futuro

Este comunicado de prensa contiene “declaraciones de futuro”, término que se define en la Ley de Reforma de Litigios de Valores Privados de Estados Unidos (1995). Estas declaraciones pueden incluir, pero no se limitan a, declaraciones sobre los beneficios de la propuesta de fusión entre MSD y Schering-Plough, incluyendo resultados financieros y operacionales futuros, los planes combinados de la organización, los objetivos, las expectativas y las intenciones y otras afirmaciones que no son hechos históricos. Estas declaraciones se basan en las creencias y expectativas actuales de la gerencia de MSD y están sujetas a riesgos e incertidumbres significativas. Los resultados reales pueden diferir de los expuestos en las “declaraciones de futuro”.

Los factores que se enumeran a continuación, entre otros, podrían dar lugar a que los resultados reales difiriesen de los establecidos en las proyecciones de futuro: la posibilidad de que las sinergias esperadas de la fusión de MSD y Schering-Plough no se hagan realidad, o que no se hagan realidad en el plazo previsto debido, entre otros factores, al impacto de la regulación de la industria farmacéutica y la legislación pendiente que pudiera afectar a la industria farmacéutica en Estados Unidos e internacionalmente; la capacidad de MSD para predecir con exactitud las condiciones futuras del mercado; la dependencia en la efectividad de las patentes y otras protecciones de los productos innovadores de MSD; y la exposición a litigios y/o acciones normativas.

MSD no asume ninguna obligación de actualizar públicamente ninguna proyección a futuro, ya sea como resultado de nueva información, eventos futuros o de cualquier otra manera. Otros factores adicionales que podrían hacer que los resultados difieran materialmente de los que se describen en las proyecciones de futuro pueden encontrarse en la Memoria Anual de MSD de 2011 en el Formulario 10-K, y en otros documentos de la Compañía presentados ante la Comisión de Bolsa y Valores de los Estados Unidos (SEC), que pueden consultarse en el sitio de internet de la SEC (www.sec.gov)

R. – II Jornada de Cirugía Robótica Multidisciplinar. Hospital USP San Jaime.

30 de noviembre de 2012. Madrid.

El beneficio global de la cirugía robótica es mayor para el paciente que el de las tecnologías asociadas a las que sustituye, según han concluido esta mañana un grupo de expertos en gestión hospitalaria reunidos en la II Jornada Multidisciplinar de Cirugía Robótica, que se celebra hoy en Alicante. La Jornada, organizada por la Unidad de Cirugía Robótica del Hospital San Jaime, perteneciente al Grupo Hospitalario Quirón, y la Fundación TEDECA, ha reunido en Alicante a casi un centenar de especialistas interesados en la cirugía asistida por robot.

Durante la Jornada se ha puesto de manifiesto que la cirugía robótica aporta valor por encima del sobrecoste que implica la utilización de esta tecnología, ya que supone menos estancia hospitalaria, mayor rapidez en la recuperación, menos complicaciones y menor porcentaje de reingreso. Por otro lado, en lo que se refiere al paciente, la tecnología robótica implica menos secuelas y efectos adversos que en patologías como la urológica se traducen, por ejemplo, en una menor impotencia e incontinencia.

Según Roberto Ferrándiz, director del Hospital San Jaime, "actualmente está aumentando el número de las intervenciones quirúrgicas en tratamientos de próstata que se realizan con abordaje robótico y está demostrado que el uso quirúrgico del robot mejora sustancialmente las secuelas que se pueden generar con otro tipo de intervenciones quirúrgicas convencionales".

Según el doctor Antonio Brugarolas, director de la Plataforma de Oncología del Hospital San Jaime, afirma que, "esta ventaja, además se multiplica en especialidades como la Oncología, en la que la rápida recuperación del paciente, facilitada por las ventajas que aporta la cirugía robótica, permite la aplicación de otros tratamientos oncológicos habituales (radioterapia y/o quimioterapia) con una demora mínima y sin complicaciones, lo que mejora los resultados, con menor toxicidad y mayor tasa de curación". Esta particularidad convierte a la cirugía robótica en el procedimiento de elección frente a otras técnicas cuando la cirugía forma parte del programa multidisciplinar del tratamiento del cáncer, ya que las principales ventajas de la cirugía robótica (mayor precisión, mayor campo de visión, menor daño en tejidos adyacentes,...) son claves a la hora de determinar el éxito de un tratamiento oncológico. Los beneficios asociados al cáncer son aún mayores porque permiten al paciente beneficiarse antes de los tratamientos oncológicos.

Más de dos mil intervenciones anuales con Da Vinci

Cada año se realizan más de dos mil intervenciones de cirugía robótica en España, de las cuales mil quinientas son tratamientos de cáncer de próstata, lo que supone el 75 por ciento del total de las intervenciones de robótica.

En España se diagnostican más de veinticinco mil casos anuales de cáncer de próstata, lo que representa el 21 por ciento de los tumores siendo el más frecuente entre hombres, seguido del cáncer de pulmón. Según la Asociación Nacional de Urología (AEU), el 85 por ciento de los casos de cáncer de próstata se detectan precozmente, lo que se traduce en una tasa de curación muy alta.

La mayoría de los casos se diagnostican entre los 60 y los 80 años, con un máximo entre los 70 y los 75 años, aunque hay un número significativo de casos desde los 50 años. En general, se puede considerar un tumor propio de edades avanzadas.

En la actualidad, un total de veintidós robots Da Vinci operan en España, de los cuales doce pertenecen a hospitales públicos y diez a centros privados. Según Roberto Ferrándiz, esto significa que "se está produciendo un aumento de la equidad en el acceso a la cirugía robótica".

Principales hitos de la Cirugía Robótica en el Hospital San Jaime

El Equipo de Cirugía Robótica del Hospital San Jaime, formado por los doctores José Farré y Pedro Bretcha, realizaron por primera vez en España una pancreatectomía total por Da Vinci, reafirmando el liderazgo que este equipo, integrado en la Plataforma de Oncología. La intervención se realizó con éxito hace un año sobre una paciente afectada de un doble tumor pancreático y se realizó íntegramente por robot. Se trata de una cirugía de gran complejidad y de cuyo abordaje robótico hay muy pocos casos descritos en el mundo.

El equipo de cirugía robótica del Hospital San Jaime ha sido pionero en España en el abordaje del páncreas con el robot Da Vinci. En noviembre de 2009, los doctores Farré y Bretcha realizaron la primera pancreatectomíacorporocaudal robótica con preservación del bazo, que se realizaba en España, sobre

una paciente de 31 años diagnosticada de un adenoma pancreático de 1,8 cm ubicado en la parte central del páncreas. Precisamente, por la localización del tumor hubiera peligrado la preservación del bazo.

En febrero de 2011, se llevó a cabo la primera duodenopancreatectomía cefálica asistida por Da Vinci en un paciente de 68 años diagnosticado de un adenocarcinoma de la papila de Váter, a quien se extirpó la cabeza del páncreas, el conducto principal de la bilis y el duodeno. En ambos casos, con éxito. A lo largo de este tiempo se han realizado varias intervenciones más, con muy buenos resultados y sin complicaciones.

Según el doctor José Farré, el robot Da Vinci "es de una gran ayuda en la compleja cirugía del páncreas por su precisión en la disección, la accesibilidad a determinadas áreas y la facilidad en las suturas", además de las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva para el paciente (menor dolor, menor sangrado, mejor y más rápida recuperación, menos días de estancia en el hospital y menos complicaciones).

De la mano de la Fundación TEDECA, el Hospital San Jaime cuenta con el único robot Da Vinci de la Comunidad Valenciana. El robot Da Vinci es el sistema de cirugía robótica más avanzado del mundo y actualmente es aplicable a un número prácticamente ilimitado de intervenciones quirúrgicas, si bien ha tenido mayor implantación en urología, por las dificultades de visualización del campo quirúrgico, por ejemplo, en prostatectomías y en cirugías de la pelvis. La incorporación de otras especialidades como la cirugía del tiroides, la cirugía ginecológica, cirugía otorrinolaringológica, cirugía cardíaca y torácica abren nuevas indicaciones para la cirugía robótica.

La Sesión cuenta con la participación de ponentes de gran relevancia clínica y académica en el campo de la cirugía robótica, así como la participación excepcional del doctor Javier Magriñá, director de la División de Ginecología Oncológica del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Mayo y especialista en cirugía de reconstrucción pélvica, cirugía oncológica y cirugía robótica, que realiza una intervención en directo desde EEUU.

S. – II Premio Hinnovar a la eficiencia e innovación hospitalaria.

2012. Madrid.

Los premiados son el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol y el Hospital Nuestra Señora de Balme de Sevilla; estos galardones surgen con el objetivo de distinguir aquellas propuestas innovadoras que tengan un impacto positivo en la gestión de la calidad asistencial de los hospitales españoles.

Novartis ha entregado hoy la segunda edición de los Premios HINNOVAR, un galardón que tiene por objetivo estimular iniciativas y proyectos innovadores que tengan un impacto positivo en la gestión hospitalaria.

Ante la actual situación del entorno sanitario, marcada por fuertes limitaciones presupuestarias que afectan el desarrollo e implementación de ideas innovadoras, **Novartis organiza la segunda edición de estos premios, con la colaboración de la Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas (ESADE) y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).**

De este modo, el objetivo es establecer una plataforma para que los profesionales sanitarios aporten soluciones creativas en la gestión de la calidad asistencial de los hospitales, informa Novartis.

Estos premios cuentan con una dotación económica de 40.000 y 20.000 euros, respectivamente para primer y segundo finalista, que facilitará la materialización de las propuestas.

El jurado está formado por dos expertos nacionales en gestión hospitalaria pertenecientes a SEDISA, dos expertos en innovación económica y empresarial de ESADE y un miembro del comité directivo de Novartis.

Los criterios de valoración son la innovación, la mejora de la calidad de las prestaciones asistenciales, la excelencia en la accesibilidad, la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, la viabilidad de la implementación, el ahorro del gasto y la mejora en procesos de gestión.



Primer premio

El proyecto ganador del primer premio ha sido ‘La actualización de la Unidad de Atención Integral en Enfermedad Inflamatoria Intestinal’, del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. La propuesta tiene por objetivo proporcionar autonomía asistencial y de gestión a la Unidad e incrementar los niveles de conocimiento de la enfermedad en el paciente, mediante la puesta en marcha de herramientas educativas desde una plataforma web multidisciplinar.

Segundo premio

El segundo premio ha recaído en el Hospital Nuestra Señora de Valme de Sevilla por su iniciativa “La incorporación del paciente experto 2.0 en la consulta de atención farmacéutica a pacientes con patologías víricas”. Un programa que incorpora el modelo de paciente experto en el ámbito 2.0, promoviendo el autocuidado y cumplimiento de los objetivos farmacoterapéuticos en pacientes con enfermedades víricas.

INFORMACIÓN DE INTERES

A. - SEDISA nombra su delegada territorial en la Comunidad de Castilla La Mancha



Esta incorporación se produce tras la incorporación de la doctora Granados como directora gerente del Hospital Universitario de Guadalajara. Lugar donde se celebrarán durante los días 24 y 25 de octubre, las V Jornadas Nacionales de SEDISA.

Dicho nombramiento se ha producido con el fin de continuar de forma activa y constante con las actividades de la sociedad en la comunidad de Castilla - La Mancha, de cara a cubrir las necesidades y propuestas que surjan, con el objetivo de mejorar el servicio prestado a nuestros socios y a las instituciones sanitarias.

B. - Nombramiento de Francisco Soriano Cano, socio de SEDISA, como: Director General de Recursos Económicos de la Conselleria de Sanidad Valenciana.

El conceller de Sanitat, Luis Rosado, ha presidido el acto de toma de posesión del nuevo alto cargo de su departamento. De él ha destacado “su experiencia y su compromiso diario con el objetivo del Consell de mantener los niveles de calidad alcanzados por nuestra sanidad, haciendo frente a la situación económica actual”.

El nuevo director general de Recursos Económicos de la Conselleria de Sanidad, Francisco Soriano Cano, es licenciado en Derecho por la UNED y en Ciencias Políticas y de la Administración por la UMH, máster en Dirección Estratégica y Gestión Hospitalaria de la UMH y Máster en Humanización de la Sanidad, Recursos Humanos y Marketing de la EVES. Soriano ha ocupado los cargos de director económico en los hospitales de Elda, San Juan y General de Alicante y de director de Atención Primaria de los departamentos de Alicante. San Juan y Marina Baixa. Desde junio de 2011 ocupaba el cargo de director general de Recursos Humanos de Sanidad.

C. - Un socio de honor de SEDISA, doctor Miguel Asenjo Sebastián, galardonado con la medalla Josep Trueta al Mérito Sanitario

Entre su dilatada experiencia y sus muchos logros en la medicina y gestión sanitaria, hemos de destacar: la dirección de Hospital Clinic de Barcelona, profesor emérito de la Universidad de Barcelona, asesor científico del IL3-UB, socio de honor de SEDISA y director de la publicación del libro Gestión diaria del Hospital, con gran éxito.



Este galardón se concede con la finalidad de honrar a las personas y entidades que se hayan destacado de manera significativa por sus servicios prestados en orden al progreso y la mejora de la sanidad. El Gobierno catalán ha otorgado este año sus medallas y placas Josep Trueta al mérito sanitario a 14 personas y 6 entidades. Las entidades galardonadas con la placa Josep Trueta son el grupo de empresas de tecnología médica Werfen Group, la Fundació Esclerosi Múltiple, la Fundació Avedis Donabedian, el Centre de Recerca en Economia i Salut, el ICS, y la Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears. Las personas galardonadas en 2012 son Pedro Alonso Fernández, **Miguel Ángel Asenjo**, José Baselga, Mercè Boada Rovira, Victoria Camps Cervera, Josep Carreras, Bonaventura Clotet, Joaquim Ferràs, Josep Maria Gatell, Josep Maria Garrido, Albert Oriol i Bosch, Josep Maria.

D. - Joaquín Estévez, presidente de SEDISA, investido como Caballero del Monasterio de Yuste

Diversas personalidades del sector sanitario ingresan en la Real Asociación Caballeros del Monasterio de Yuste, entre ellas la presidenta del Consejo General de Farmacéuticos, Carmen Peña; Miguel Carrero, presidente de Prevención Sanitaria Nacional (PSN); Diego Murillo, presidente de AMA; Margarita Alfonsel, presidenta de Fenin; Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la

Salud (SEDISA); Julio Sánchez Fierro, exsubsecretario del Ministerio de Sanidad; y José Pino, presidente de Sanitaria 2000.



E. - SEDISA prepara un “itinerario formativo” para los directivos sanitarios.

La motivación, el liderazgo o la capacidad de influir en los demás, y también el grado de conocimientos técnicos, se revelan como las parcelas que los directivos de la salud en España ven susceptibles de mejorar en su profesión, de acuerdo con un informe reciente elaborado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) con la colaboración de TEA Cegos, empresa especializada en formación y gestión de los recursos humanos. Por esta razón, representantes de ambas entidades han celebrado este miércoles una “mesa de consenso” cuya conclusión fundamental reside en la apuesta de SEDISA “por la formación, capacitación y evaluación” de los directivos sanitarios que permita un adecuado recambio generacional en el sector, así como “por la coordinación con agrupaciones que desarrollen programas docentes” para favorecer la consecución de esos objetivos por parte de quienes dirigen las organizaciones sanitarias del país, ha declarado a Redacción Médica el principal coordinador de la investigación, el secretario de SEDISA y director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud, Mariano Guerrero.

A la reunión –que se ha convocado con el objeto de transformar en propuestas concretas los resultados de las encuestas difundidas en su momento– han acudido importantes gerentes de hospital y directivos de centros públicos y privados, caso del subgerente del Clínico San Carlos de Madrid, Javier Guerra; del

gerente del USP San Jaime –Torrevieja– y del USP San Carlos de Murcia, Roberto Ferrándiz, y del director de Innovación de Capio, Raimon Belenes. Asimismo, asistieron al foro exaltos cargos de la Administración estatal como Emilia Sánchez Chamorro, quien ostentó en su momento la subdirección general de Formación Sanitaria en el Ministerio de Sanidad y ejerce en la actualidad como directora de Proyectos e Innovación en el San Juan de Dios de Barcelona, y miembros de la cúpula directiva de la propia SEDISA como Isabel Tovar.

En el ramo académico intervinieron, entre otros, el vicedecano académico de Esade, Manel Peiró; el director académico y profesor en la Universidad Oberta de Cataluña, Julio Villalobos; y el director de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, Eloy Jiménez, quien apuntó que, mientras el sistema sanitario público funcione como hasta ahora, en realidad forma parte de la naturaleza humana que el responsable político elija al directivo que más confianza le inspira.

En este sentido, la gerente del Hospital de Guadalajara, Cristina Granados, precisó que, en esta comunidad autónoma, nadie puede negar que el nuevo equipo de directivos de la salud nombrado por el Ejecutivo autonómico lo integran profesionales de la gestión que, además, han destacado por su capacidad ejecutiva y técnica en el sector.

F. - Mariano Guerrero, secretario de SEDISA y director del Máster, moderador de “La crisis del sistema sanitario, a debate”.

El pasado 22 de febrero, en la UCAM de Murcia se llevó a cabo una mesa redonda y coloquio sobre la crisis económica en el sector de la salud y las estrategias para afrontarla. Participaron en el coloquio el director gerente del Servicio Murciano de Salud, José Antonio Alarcón, y el gerente del Servicio de Salud de Castilla - La Mancha SESCAM, Luis Carretero. Como moderador del debate actuó el director del Máster de Gestión y Planificación de Servicios Sanitarios de la UCAM, Mariano Guerrero.

Ambos gerentes son socios de SEDISA, así como muchos de los asistentes.

La mesa de debate se desarrolló como acto de clausura de la parte presencial del Máster Oficial de Gestión y Planificación de Servicios Sanitarios de la UCAM. Entre otras, se debatieron cuestiones

relacionadas con soluciones a la actual situación financiera del sistema sanitario español. Asimismo, se debatió sobre la profesionalización de los directivos de la gestión sanitaria y la necesidad de establecer programas de formación desde las universidades, así como el apoyo político que necesitan. La UCAM, desde 1998, viene desarrollando el programa de formación de directivos sanitarios; por ella han pasado más de 120 profesionales. Desde julio de 2008, el Máster de Gestión y Planificación de Servicios Sanitarios en el Título Oficial está verificado por ANECA desde junio de 2009.

G. - Mariano Guerrero, secretario de SEDISA, galardonado con un accésit. XI Premio Reflexión a la Opinión Sanitaria.



El Colegio de Médicos de Madrid ha albergado este lunes el acto de entrega del XI Premio Reflexiones a la Opinión Sanitaria, que en esta ocasión ha recaído en Xavier Pomés, delegado de Centros para América Latina de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y presidente del Hospital Clínic de Barcelona. El evento ha estado presidido por la secretaria general de Sanidad y Consumo, Pilar Farjas, y el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier

Fernández Lasquetty.

En la mesa presidencial también se encontraban la presidenta colegial, Sonia López Arribas; el presidente de Sanitaria 2000, José María Pino; y la presidenta de la Fundación Astra Zeneca, Camilla Hartvig. Todos ellos han coincidido en señalar el destacado nivel de los artículos presentados este año, opinión que también ha compartido el jurado al decidir distinguir con accésit los trabajos de seis expertos del sector sanitario como la exconsejera catalana Marina Geli; Mariano Guerrero, director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud; Juan del Llano, director de la Fundación Gaspar Casal; Francisco Longo, secretario general de Esade; José Luis Puerta, coordinador del Área de Antropología Médica en la Universidad Complutense de Madrid-ISCIII; y Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial.

Agradecimiento desde Portugal

Sus obligaciones como delegado para América Latina de la Orden San Juan de Dios han motivado que Xavier Pomés no haya podido recoger en persona el galardón de este XI Premio Reflexiones, al encontrarse en Portugal para la elección del futuro presidente de la Orden. Así lo ha explicado Emilia Sánchez Chamorro, directora de Proyectos e Innovación de esta misma institución, quien ha trasladado el agradecimiento de Pomés al grupo editorial Sanitaria 2000, a la Fundación Astra Zeneca y al jurado de los premios. Además, ha manifestado ciertas opiniones del galardonado a propósito de la reforma sanitaria que requiere el Sistema Nacional de Salud para seguir siendo sostenible, como la apuesta por la “complementariedad de la sanidad público-privada” y buscar “preservar lo bueno de la sanidad nacional pero sin miedo a revisar lo que puede hacerla insostenible”. Pomés, de la mano de su compañera en la Orden, ha sentenciado: “No podemos volver a la cortedad de miras. Ya nada será como antes”.

H. - El secretario de SEDISA, el doctor Mariano Guerrero, de nuevo, Jurado de los premios Jaime I de Valencia.

Un total de 22 Premios Nobel han viajado a Valencia para participar como jurados, además de 90 personalidades del mundo de la medicina, la investigación, la economía, el medio ambiente, las nuevas tecnologías y la iniciativa empresarial. En esta edición, cerca de 200 candidaturas de toda España se han presentado para optar a uno de los seis galardones más prestigiosos del panorama científico nacional, dotados con 100.000 euros cada uno, los convierte en uno de los mejor remunerados del país. Los Premios Rey Jaime I cumplen esta edición 24 años de promoción de la Ciencia y la Investigación en España.



Los científicos e investigadores Nazario Martín (Investigación Básica), Jesús Egido (Investigación Médica), Manuel Arellano (Economía), Juan Luis Ramos (Protección del Medio Ambiente), José Capmany (Nuevas Tecnologías) y Noriel Pavón (Emprendedor) han logrado los Premios Jaime I de 2012.

El presidente ejecutivo de la Fundación Premios Jaime I, Santiago Grisolia, ha dado a conocer el fallo de los respectivos jurados, de los que han formado parte veintidós Premios Nobel, en un acto presidido por el presidente de la Generalitat valenciana, Alberto Fabra.

Los Premios Rey Jaime I, dotados con 100.000 euros en cada una de sus seis modalidades, están instituidos por la Generalitat y la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados (FVEA) para estimular y reconocer la investigación en España.

Los premiados

Noriel Pavón (Emprendedor): es fundador y presidente de Oncovisión. El jurado ha valorado el positivo impacto social de la innovación en la alta tecnología sanitaria puesta en marcha por este emprendedor con una empresa que mejora los sistemas de diagnóstico y tratamiento clínico.

Manuel Arellano (Economía): premiado por sus contribuciones relevantes a la econometría y, particularmente, al desarrollo de métodos para analizar datos de panel. Ha realizado importantes

aportaciones empíricas a la economía laboral y a la economía del comportamiento en los hogares. Actualmente es presidente electo de la European Economic Association y nuevo vicepresidente segundo de la Econometric Society.

Jesús Egido (Investigación Médica): jefe de nefrología e hipertensión de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid). Su trabajo incluye descubrimientos contra las enfermedades renales.

Juan Luis Ramos (Protección del Medio Ambiente): premiado por su trabajo relacionado con el uso de microbios para aplicaciones medioambientales y biotecnológicas en eliminación de contaminantes.

José Capmany (Nuevas Tecnologías): premiado por su destacado trabajo en la interacción de los campos de las comunicaciones ópticas y la tecnología fotónica de microondas, lo que tiene un gran impacto en las telecomunicaciones de banda ancha con disminución apreciable de los costes.

Nazario Martín (Investigación Básica): premiado por sus extraordinarias contribuciones en el campo de la química supramolecular, particularmente en la combinación de la química de fullerenos con la nanotecnología.

El presidente de la Generalitat, Alberto Fabra, ha asegurado que "estos premios son un reconocimiento expreso a la cultura del esfuerzo, el sacrificio y la obtención de resultados a través de la constancia". "No son momentos fáciles, pero el ejemplo que nos dan los premiados es que no hay que rendirse nunca. Sus valores deben llegar a toda la sociedad, debemos creer en nosotros y creer en que el esfuerzo nos permitirá conseguir todo lo que nos propongamos", aseguraba Fabra durante el acto.

Tras la comunicación de los premiados, se está sirviendo un cóctel en el patio gótico del palacio de la Generalitat, al que asisten el jurado, formado por veintidós premios Nobel, así como autoridades valencianas, como la alcaldesa de Valencia, Rita Barberá, el presidente de Les Corts, Juan Cotino, miembros del Consell, el rector de la Universitat de València, Esteban Morcillo, el presidente de la Cámara, José Vicente Morata, el presidente de Feria Valencia, Alberto Catalá y el presidente de Mercadona, Juan Roig, entre otros.

I. - Joaquín Estévez presenta a Sanidad las propuestas de SEDISA sobre profesionalización de la dirección sanitaria.



El presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, SEDISA, Joaquín Estévez, se ha reunido con el director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, José Javier Castrodeza, a quien entregó el "Informe sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud", y le ofreció la colaboración de la Sociedad para ayudar en la sostenibilidad del Sistema, reflejada en el documento de "Compromiso con la Sostenibilidad". En palabras de Estévez, en un momento de crisis como el actual, se evidencia aún más la necesidad de contar con buenos directivos, y por ello, la profesionalización sanitaria debe volver a ponerse en la mesa de debate. Por su parte, el coordinador del proyecto, Mariano Guerrero, precisó que "SEDISA debe y quiere liderar ese planteamiento, y lo quiere hacer con la ayuda de las autoridades sanitarias".

J. - Joaquín Estévez, presidente de SEDISA, ha concedido una entrevista a El Médico.

“Muchos políticos desconocen el sistema sanitario”.



Joaquín Estévez renovará su cargo como actual presidente de SEDISA para cuatro años más. Y es que quedan retos por cumplir, como la falta de profesionalización directiva de algunas comunidades y un mayor asociacionismo también en algunas regiones. Todo ello en un momento convulso de la Sanidad española, sobre el que Estévez opina que se podría hacer mucho escuchando a los expertos, y haciendo realidad un Pacto por la Sanidad con todos los agentes, y no sólo con los políticos, que a veces son los que más desconoce el propio sistema.

Si nada lo impide, el 25 de octubre renovará, esta vez por cuatro años, su cargo como presidente de SEDISA, ¿qué le lleva a volver a presentarse?

SEDISA es la obra un grupo de personas que, con entusiasmo, hemos tirado de la sociedad desde su fundación en 2004, y algunos de nosotros también en las dos sociedades que la integraron previamente. Todos nosotros consideramos que aún queda mucho por hacer, y en concreto nuestra asignatura pendiente es la falta de profesionalización directiva de algunas comunidades, que tiene que ser nuestra lucha, y aunque algunos lo consideran una utopía, es lo que nos mueve. También es cierto que tenemos la posibilidad de dedicarle tiempo, porque hemos crecido mucho, pero crecer significa trabajo, y al final el trabajo lo hacemos un grupo de 8 o 10 personas, y lo hacemos con ilusión. Por otro lado nos falta todavía presencia en algunas CCAA, e intentamos desarrollar entre esas comunidades el asociacionismo de los directivos de la salud.

¿Por qué cree que no se ha presentado ninguna otra candidatura, y al final el trabajo siempre queda entre ese grupo de personas?

Creemos que ha habido intentos, pero que no han fructificado. A nosotros nos hubiera gustado que hubiera habido alguna otra candidatura porque hubiera habido más dinamismo y más participación, pero tengo la impresión de que a algunos sus obligaciones laborales les impiden poder dedicar el tiempo que conlleva dirigir una sociedad fuera de nuestro horario laboral. Evidentemente, todos nosotros también tenemos nuestro trabajo, y esto es algo que nos gusta porque creemos en el asociacionismo directivo, pero hay que dedicarle un tiempo de tus horas libres, y algunos no están dispuestos a hacerlo.

En las Jornadas Nacionales de SEDISA de 2010, cuando renovó por dos años, se marcaba como objetivo "utilizar más las redes sociales y luchar por un sistema de acreditación de directivos para que haya Comunidades Autónomas que reconozcan un sistema de acreditación de la calidad del desempeño de los directivos sanitarios". ¿Cuál es el balance dos años después?

El balance en este tiempo es fundamentalmente el crecimiento, la presencia en muchas CCAA y la realización de múltiples jornadas, encuentros y cursos de formación. El uso de las redes sociales sigue siendo una asignatura pendiente, aunque ya estamos presentes, queda mucho por hacer, y esperamos afrontarlo ahora, porque algunos miembros de la junta directiva sí son más expertos en este ámbito. En cuanto a la acreditación, estamos terminando el proyecto, esperamos presentarlo en las Jornadas Nacionales de SEDISA, que se celebrarán los días 22 y 23 noviembre en Guadalajara.

En esta ocasión se renovó a siete de los diez vocales de la junta directiva, ¿quiénes serán los reelegidos y quienes estrenarán cargo en octubre?

Gran parte de la junta directiva que estábamos permanente, los cargos de la permanente, que son presidente, vicepresidente, secretario y tesorero, serán personas de las que están actualmente en la junta directiva. En la incorporación de nuevos vocales van a estar presentes comunidades que hasta ahora no tenían representación, como Canarias, o Aragón. Va a haber por tanto una participación importante de diez comunidades, con vocales de Galicia, Castilla y León, Valencia o Andalucía, entre otras. En el caso de Cataluña, coincide además que nuestro vocal es el presidente de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria, con lo cual se refuerza mucho nuestra presencia en Cataluña.

Poniendo nombres propios, como vicepresidente contará con César Pascual, que organizó el pasado 17 Congreso Nacional de Hospitales, ¿qué aportará su figura?

Gracias al éxito del último congreso en Madrid y su capacidad de trabajo, es un referente en la gestión sanitaria de este país, y ha trabajado siempre por el desarrollo de la gestión clínica y de la gestión por procesos. No hay que olvidar que el desarrollo de la gestión clínica es otra de las líneas estratégicas de SEDISA, al que añadiríamos la formación.

En el cargo de secretario, sin embargo, renueva Mariano Guerrero...

Mariano Guerrero es catedrático de gestión sanitaria de la Universidad Católica de Murcia, y por tanto, aportará peso en el aspecto de la formación y de la acreditación de directivos.

Precisamente Mariano Guerrero estaba al cargo del proyecto que SEDISA ha llevado a cabo sobre la profesionalización de la gestión sanitaria, ¿en qué punto se encuentra el mismo?

Se trata de un proyecto complejo porque se ha intentado integrar a diferentes organismos. Se han hecho encuestas abiertas a todos los socios y luego se ha creado un clúster específico de socios que han tenido una participación más activa. También se está contando con diferentes organismos dedicados a la docencia y a la formación en este país, tanto privados como públicos. El trabajo está siendo muy amplio, por lo que Mariano lleva más de un año dirigiéndolo, pero creo que podremos presentarlo en las próximas jornadas nacionales, para luego llevarlo al Ministerio de Sanidad y a las Comunidades Autónomas, comenzando por aquellas en las que sus consejeros son socios nuestros.

¿Y en qué líneas se va a seguir trabajando en estos próximos cuatro años para conseguir esa profesionalización de los directivos sanitarios?

Una vez que se presente el proyecto, el objetivo es que éste sea aceptado por las Comunidades Autónomas, e intentar que seamos un referente a la hora de seleccionar directivos. Otra asignatura pendiente en este sentido es la de crear una bolsa de trabajo que pudiera aportar directivos a las CCAA. El otro día teníamos un encuentro con el gerente del SACYL, el servicio de salud de Castilla y León, y nos comentaba la dificultad que tenía para encontrar directivos y para la renovación de cargos. No hay que olvidar que en este momento a nivel hospitalario gerentes o directores médicos no ocupan los primeros puestos del ranking salarial del hospital, en un hospital grande ocupan entre el puesto 100 y el 150. Por ello, un clínico que tenga experiencia en gestión, difícilmente acepta un puesto directivo, y para profesionales de la dirección, también es evidente que están mejor pagados en las empresas privadas que en la dirección de un hospital público.

¿Es fácil asumir este reto en un momento de crisis y recortes también en la Sanidad?

No, evidentemente en crisis, por razones económicas, no es atractivo un puesto directivo, por lo tanto hay que hacerlo atractivo por los objetivos a cumplir y por el futuro desarrollo de una carrera profesional de directivos. En ese momento lo que supone es un reto o un desafío, pero desde luego no un incentivo profesional.

En cuanto a los objetivos que se marca para esta nueva legislatura está el de extender las agrupaciones territoriales, por lo menos a Cataluña, Andalucía, Madrid y País Vasco, ¿podría detallarlo un poco mejor?

Constituida como agrupación, como tal, con estatutos propios y una junta directiva, solo tenemos la de Valencia, que es una comunidad que se está moviendo mucho, en especial el equipo liderado por Juan Antonio Marqués, Mariano Guerrero y Carlos Arenas, entre otros, que está llevando una actividad muy importante e interesante, en gran colaboración con el consejero Luis Rosado, e incluso aspiran a organizar el 19 Congreso, en concreto en Alicante. Hay otras CCAA muy representativas con gran número de socios como pueden ser Cataluña, Madrid, Andalucía, País Vasco, Murcia y Galicia que tienen la entidad suficiente para constituir una agrupación territorial que actúe con más independencia sobre la organización central. El objetivo, en definitiva, es descentralizar SEDISA.

Otra idea es la de crear una sección específica de directivos de empresas sanitarias, ¿con qué fin?

Ha sido propuesto por alguno de los directivos, está aún sin desarrollar, pero la idea es crear una sección específica con actividades propias y que tenga un peso acorde con el número de socios que tiene dentro de la estructura de SEDISA.

Sobre la formación de los gerentes, ¿cuáles van a ser las propuestas? ¿Va a seguir SEDISA haciendo una apuesta por sus jornadas formativas?

Estamos enviando a todos los socios monografías realizadas por uno de nuestros socios más veteranos, y expresidente, José Antonio Moreno, que creo que son interesantes porque en realidad lo que estamos entregando es un curso de gestión gratuito por correo, que además es de una calidad importante. Esa formación está ahí a disposición de todos los socios, y me consta que en algún hospital, nuestros socios lo están divulgando entre sus equipos directivos. Más específicamente, y patrocinado por algunas empresas del sector, estamos realizando cursos monográficos para directivos en algunas comunidades.

¿Pero los laboratorios, en estos momentos de recortes, siguen invirtiendo en formación?

Afortunadamente sí, porque están reorientando la formación. En vez de hacerla a título individual, en concreto a clínicos prescriptores, cada vez se están dando más cuenta de que en estos momentos su target tiene que ser los servicios de salud, las direcciones de los hospitales, y los servicios clínicos. Entonces tienen que tener una relación de confianza con todos los que están en la cadena de decisión de sus compras.

En su programa, además, consta el buscar medidas que aseguren la sostenibilidad del SNS, ¿cuáles son sus propuestas?

Nosotros hemos hecho ya unas propuestas que hicimos públicas, y que volveremos a lanzar en las jornadas de octubre, realizadas por un equipo coordinado fundamentalmente por Carlos Arenas, que es el gerente del área de salud de la zona de Orihuela. Las propuestas que se pueden hacer son muchas y variadas, pero de lo que estamos en contra es de que no se haga un Pacto para la Sanidad, y de que las soluciones para la Sanidad no sean dialogadas, y pactadas por todos los agentes que intervenimos en ella. Un Real Decreto de medidas urgentes solo sirve para el corto plazo, pero creemos que el Pacto debe ser mucho más amplio. Que no solo intervengan los políticos, porque muchos políticos desconocen el sistema sanitario.

¿Pero cree que el Pacto aún sigue siendo viable en la situación actual?

Es la cuestión, que si solo intervienen políticos el Pacto será fallido. Debemos intervenir los profesionales del sector, las sociedades científicas, los colegios profesionales, los sindicatos, y las asociaciones de pacientes. No puede estar hecho sólo por unos señores que están momentáneamente trabajando en el sector sanitario, sino por los que conocemos la Sanidad.

Pese a ello, la realidad es que los políticos, ante la multitud de debates y foros en relación a este tema, no suelen tener muy en cuenta las propuestas de los expertos, ¿por qué?

Creo que muchas veces es debido a la propia inexperiencia de los políticos, que nos lleva a la situación en la que está este país. Hay que oír la voz de los expertos y las demandas de los ciudadanos. Si queremos conservar uno de los pilares fundamentales del Estado del Bienestar, como es la Sanidad, todos tenemos que arrimar el hombro, eliminar las bolsas de ineficiencia, y conseguir implicar a los profesionales. Está demostrado que para que algo funcione bien hay que implicar y motivar a los que trabajan en ello. El error de muchos presidentes de Gobierno ha sido considerar al Ministerio de Sanidad una "maría", y no debe ser así porque es una parte fundamental. El Ministerio tiene que recuperar el liderazgo, ahora es un momento oportuno para ello.

Continuará entonces como presidente en el próximo 18 Congreso Nacional de Hospitales, el próximo año en Bilbao, ¿qué novedades cree que aportará el mismo?

Fundamentalmente se va a hablar de experiencias innovadoras en materia de meso y micro gestión. Es decir, las experiencias llevadas a cabo por los directivos y profesionales a pie de paciente, en atención a la cronicidad, en atención a la investigación, en desarrollo de la calidad y la seguridad del paciente, la gestión por procesos, etc. Además, si antes hablaba de que en el pacto debemos intervenir todos, en el Congreso intervienen todo tipo de agentes sanitarios para buscar una puesta en común para ver lo que se está haciendo para la sostenibilidad del sistema.

K. - Mariano Guerrero, participación en el II Encuentro de Comités de Dirección.

Aunque pueda ser complicada, sobre todo si se quieren salvaguardar ciertos valores, la colaboración público-privada es posible.

Las relaciones con las Administraciones públicas empiezan a ser complejas en tiempos de crisis, y más cuando se trata de una organización como la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, con una misión y unos valores que quiere preservar.



Durante el II Encuentro de Comités de Dirección Provincia Bética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, celebrado en Sevilla, Mariano Guerrero Fernández, director de Planificación y Proyectos del Grupo Ribera Salud, ha analizado los nuevos modos de colaboración con la

Administración pública. Hasta ahora estas colaboraciones se han basado en actuaciones alternativas, complementarias y suplementarias, "pero ahora ha aparecido un nuevo modelo sustitutivo, que es el modelo concesional".

Según Guerrero, están los modelos PFI y PPP, que "son los que ha habido en España". No obstante, hay otras variedades del modelo concesional, "que no consiste solo en construir hospitales y estructuras, sino también en compartir con empresas especializadas algunos elementos de hospitales públicos que, por su propia economía de escala, no son del todo eficientes. Es el caso de Madrid y su Laboratorio Central - gestionado por Ribera-, que da asistencia sanitaria a seis hospitales".

Estructura multihospital

Otra cuestión importante dentro del modelo concesional es la estructura multihospital. Guerrero ha advertido de que hay que empezar a romper las barreras de los hospitales y hablar de estructuras multihospitales: "Trabajamos con tres hospitales absolutamente integrados - Elche, Torrevieja y Torrejón-. Los desestructuramos y analizamos los procesos que entraban en la estructura multihospital: la regla biológica, la central de compras, el sistema de información, el laboratorio y el servicio de referencia".

En su opinión, Elche y Torrejón representan un modelo de hospital basado fundamentalmente en que hay una propiedad, control y financiación pública y una prestación privada, "pero no dejan de ser hospitales públicos. Sus factores de éxito son la gestión de los recursos humanos, la implantación de nuevos sistemas de información e introducir en el sector sanitario una estructura empresarial".

Además, Guerrero ha señalado que las líneas clave para la gestión clínica son reducir la demanda inapropiada y las pruebas innecesarias sobre todo en el uso de la tecnología sanitaria, disminuir la asistencia sanitaria desproporcionada, estudiar la adherencia de los pacientes a los tratamientos y evaluar los efectos adversos, así como evolucionar de un sistema productivo y sanitarista a un sistema más salubrista conteniendo la producción.

El director de Planificación y Proyectos del Grupo Ribera Salud ha concluido que es posible la colaboración con la Administración, alineando los intereses y percibiendo que el sector sanitario funciona a largo plazo, además de adaptarse a cada realidad, trabajar mediante modelos multihospital y cambiar la cultura de los profesionales, los gestores y los políticos.

L. - Entrevista a Mariano Guerrero:

“Queremos que el político se atenga a una garantía de formación del directivo”



La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) entregó a principios de mes a la secretaria general del Ministerio de Sanidad, Pilar Farjas, un informe basado en encuestas sobre la formación que debería avalar la elección del responsable de dirigir una organización sanitaria. Se trata de una propuesta “abierta” a los políticos nacionales y autonómicos, pero también a los representantes de las universidades y de los organismos evaluadores, que en unos meses se publicará, también, en los medios de comunicación. El secretario general del colectivo, Mariano Guerrero, explica en esta entrevista el origen y los objetivos de la iniciativa. Por su parte, el propio Ministerio ha declarado a Redacción Médica que “SEDISA es una sociedad científica de altísimo nivel a la que hay que tener en cuenta”, y que, por esa razón, “va a analizar el informe con mucho detenimiento y va a valorar todas las propuestas”.

¿Cuándo se le designó para liderar este proyecto de SEDISA?

El año pasado, en una reunión de la Junta Directiva. Se decidió que debía encargarme de ello por mi condición de catedrático de la Universidad Católica de Murcia, y, bueno, por llevar más de diez años analizando asuntos relacionados con la formación de los directivos sanitarios. Personalmente he dirigido un programa de formación en la Universidad citada, desde hace ya muchos años, que fue de los primeros en obtener el aval acreditativo de la Aneca [Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación].

SEDISA propone a esta agencia para avalar la formación del directivo, ¿no es así?

Abogamos por que, cuando el directivo realice un curso de formación sanitaria, ese curso esté avalado por un organismo evaluador que puede ser de ámbito nacional, como es el caso de la Aneca, pero que también puede ser autonómico. Es decir, hay organismos evaluadores en las comunidades autónomas que pueden avalar esa formación, y, de hecho, las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas son las que, en última instancia, tienen que decidir qué personas ejercen como directivos de las organizaciones sanitarias.

¿Cuál es el papel de SEDISA más allá de elaborar el informe entregado a Farjas?

Queremos liderar el proceso y reactivar la situación; dar respuesta, en definitiva, a una necesidad que, en realidad, se tiene desde hace muchos años. Por eso hemos contado con la opinión de diversos expertos [aparte de los socios de SEDISA consultados] como directivos de escuelas de gestión sanitaria y de reconocido prestigio, por ejemplo de la Comunidad Valenciana y de la de Madrid, así como con viceconsejeros y otros altos cargos... Muchas personas participan en el diseño de los programas de formación.

Lo que se planteó en la reunión de consenso fue que son las universidades las que deben plantear los planes de formación, y hacerlo, además, en el ámbito del Espacio Europeo de Educación Superior (lo que conocemos como Bolonia). Ahora bien: nosotros queremos liderar sin interferir en la vida de los organismos evaluadores, las propias universidades o los servicios de salud autonómicos. Lo que les decimos a los responsables de estos últimos es: "Elija a quien considere elegir, pero hágalo a partir de unas garantías de formación avaladas". Lo que no puede ser es que se ponga al frente de una organización sanitaria en la que trabajan 10.000 personas a alguien que nunca antes ostentó esa responsabilidad.

Parte del trabajo entregado al Ministerio de Sanidad se publicó en mayo. ¿Qué se ha añadido desde entonces al informe definitivo?

No es un informe definitivo, sino que, como ya dije, se trata de un “punto de arranque”. He recibido llamadas de algunos representantes de los servicios de salud autonómicos interesándose por el documento, y lo que hacemos es pedirles que hagan cuantas aportaciones estimen necesarias. En este sentido, más que de un informe se trata de un foro de debate.

En efecto, el informe se ha presentado único y exclusivamente al Ministerio de Sanidad conforme al compromiso adquirido en 2011, y ahora se enviará a los socios de SEDISA y a los participantes en su redacción, cuarenta personas en total, y, de aquí a unos días, a los representantes de las comunidades autónomas. El estudio, que se ha elaborado con la colaboración desinteresada de Tea Cegos (entre otras cosas, nos han cedido instalaciones y otros soportes), consiste, por un lado, en una encuesta dirigida a los socios de SEDISA en la que opinan sobre una serie de competencias como son el liderazgo, la comunicación, el grado de formación o el papel que ocupa en la empresa el directivo de la salud. Y, por otro, se hizo un sondeo similar a un grupo de cuarenta expertos. Se cruzaron los datos y se obtuvieron conclusiones muy interesantes.

¿Por ejemplo?

Se vio que, pese a que la mayoría de los consultados eran directivos reconocidos y de larga experiencia – la mayor parte llevaba más de diez años en la profesión–, mostraban bastante déficit en áreas como el liderazgo y la comunicación, y dedicaban poco o nulo tiempo a la formación.

¿Qué les dijo Farjas sobre el informe?

Agradeció ser informada por SEDISA y nos dijo que lo iba a trasladar a los organismos competentes del Ministerio para su estudio.

¿Cuándo tendremos más noticias de este trabajo?

En unos dos meses se hará público a los medios de comunicación, pero ahora queríamos entregárselo antes a las autoridades. Se está preparando un envío a los servicios de salud autonómicos, tal como se le explicó a la secretaria general de Sanidad. [El director general de Ordenación Profesional, José Javier

Castrodeza, ya lo tiene en su poder, y lo examinaremos con él oficialmente en unos días]. Como he dicho, ahora esperamos sugerencias. En definitiva, buscamos que se hagan programas de formación consensuados y verificados por organismos evaluadores, de modo que se disponga de una garantía en esta línea del directivo elegido por las autoridades sanitarias. Otra cosa es la empatía o confianza que éstas tengan con los directivos, pero ahí nosotros no nos metemos.

M. - SEDISA, protagonista de una Sanidad Universal, eficiente e imprescindible.

El centro de gravedad de la sanidad española no solo está en Madrid y mucho menos en Cataluña, en donde otros, nos daban sopas con honda en todos los territorios, fueran clínicos o de gestión.

Ahora, lo ha dicho el consejero Lasquetty, los males se han acrecentado porque las precipitaciones son malas compañeras de las negociaciones. El caso es que en la caja de la Consejería hay 500 millones menos para 2013 y a la hora de sacar las tijeras se pusieron a recortar sin tomarle las medidas precisas a todas las batas blancas del entramado. Es imposible reformar sin dedicarle un rato prolongado a la negociación con el llamado "capítulo uno", es decir, los recursos humanos, que es la partida que más gasto genera y, a su vez, y esto es lo más importante, quienes sustentan el valor continuo y permanente de la asistencia sanitaria.

Los planes, sean cuales fueren, deben limitar al máximo el despido de los profesionales y deben diseñar en dos líneas el futuro más inmediato. Todo pivota sobre primaria y especializada, y además de la historia clínica y la receta electrónica son fundamentales las comisiones técnicas, porque hay que descentralizar las labores de Gestión y llevarlas al ámbito de las unidades de gestión clínica a fin de centrar la atención en los enfermos crónicos, porque sin ese gran angular y la precisión debida en ajustar por esas líneas vamos a tener más que palabras. Lo han dicho algunos expertos de la sanidad autonómica, José Tomás Tenza, José Antonio Alarcón, Luis Carretero y Eduardo García Prieto, que con experiencia en servicios de salud de Aragón, Murcia, Castilla-La Mancha y Castilla y León están de acuerdo en la conveniencia de afrontar el 2013 evitando recortes drásticos y "buscando juntos, los de la bata y los de la política, márgenes de mejora". Me ha llamado mucho la atención algunas reflexiones sobre este asunto realizadas en las V Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Que quiero recordar su eslogan para que nadie se llame a confusión... "Por la formación hacia la profesionalización". O sea que quieren una sanidad universal, eficiente e imprescindible.

Habrá que felicitar a su presidente, Joaquín Estévez Lucas, y a su Junta Directiva, como es el caso de María Luz del Valle Ortega, Mariano Guerrero Fernández, José Manuel Pérez Gordo, Antonio Pérez Rielo, Raimon Belenes i Juárez, Ramón Ares Rico, César Pascual Fernández e Isabel Tovar García. Profesionales que merecen, y lo cuento de paso sabiendo que es un punto certero, el que el Ministerio de Sanidad que dirige Ana Mato acredite cuanto antes "la función directiva en el sector".

Y como decía, a veces el centro de gravedad de la sanidad no está precisamente en los lugares habituales, por eso quiero contarles la tendencia que he podido vivir en Pontevedra durante la toma de posesión del nuevo presidente, Luis Campos. Voz pausada, tranquila, apacible, consistente, segura y de una enorme fidelidad a los principios. Los médicos de Pontevedra están bien dirigidos por una junta cuyo presidente quiere dignificar la profesión médica.

"Todas las políticas que vinculen la libertad de prescripción con un complemento económico lo que hacen es ir en contra del código de ética y deontología de los médicos. ¿Qué pedimos con esto? Que se desvincule de la prescripción del complemento de productividad variable la prescripción de medicamentos que no tienen alternativa en el mercado. Como por ejemplo las novedades terapéuticas. La libertad de prescripción es fundamental. Las bases éticas y deontológicas de nuestra profesión no pueden nunca estar en entredicho. Las autoridades tienen que ser conscientes de esto. Y los médicos también tenemos una responsabilidad para con las autoridades, que son quienes representan socialmente al pueblo, a los ciudadanos.

Que es trabajar poniendo toda nuestra parte para gestionar los medios de que disponemos con la máxima eficiencia".

Cuando escuché a Luis Campos esta reflexión me emocioné. Este médico que tiene pavor a los recortes no se olvidó de sus lealtades y por eso sobre el doctor Murillo dijo, "ilustrísimo doctor Diego Murillo Carrasco, presidente de AMA, gran amigo, expresidente de este colegio, colegiado de honor y una persona que se ha volcado siempre en defensa del Colegio de Médicos de Pontevedra. Quiero públicamente expresarte en mi nombre y en el de la junta directiva, y en nombre de toda la colegiación, las gracias por todo el apoyo que nos has prestado". Fue todo. Bueno. Casi todo. Seguro.

N. - SEDISA propone que Aneca avale la formación del directivo.

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) ha propuesto que los programas de formación específica para estos profesionales que se acuerden en un futuro próximo con los gobiernos central y autonómicos, gocen del visto bueno de entidades como la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (Aneca), de acuerdo con el secretario de la agrupación, Mariano Guerrero. Este miembro de la Junta Directiva de SEDISA lidera el proyecto del que ya informó Redacción Médica el pasado mes de mayo y que la semana pasada fue entregada en forma de documento “abierto” a la secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas.

Fuentes consultadas por este periódico han corroborado que el colectivo que preside Joaquín Estévez espera ahora a que el informe llegue a manos del director general de Ordenación Profesional del Ministerio, José Javier Castrodeza. Acto seguido, se hará público el contenido de las propuestas.

Para su elaboración, SEDISA ha dispuesto de la colaboración de la compañía TEA Cegos, especializada en formación y gestión de recursos humanos. En este contexto, se llevaron a cabo diversas encuestas dirigidas a expertos independientes, algunos de cuyos resultados ya se han hecho públicos. Por ejemplo, ha trascendido que el perfil del socio de SEDISA responde al de un directivo maduro (el 68 por ciento tiene más de diez años de experiencia en el cargo) con gran variedad en cuanto a la retribución de cada uno. Asimismo, el 71 por ciento de los encuestados asegura que la selección del directivo depende en mayor medida de su afinidad política que de su experiencia en el campo de la gestión, y tan solo el 17 por ciento manifiesta disfrutar de autonomía en la toma de decisiones.

Otros datos de esta información preliminar publicada por SEDISA apuntan a que los directivos de la salud dedican poco tiempo a la formación aun cuando adolecen de conocimientos y habilidades en liderazgo, compromiso y conocimiento de la organización.

Ñ. - SEDISA apoya la continuidad de Lasquetty al frente de la Consejería madrileña y confía en la gestión de las autonomías pese a los recortes.

- Joaquín Estévez, presidente de esta Sociedad, valora como muy positiva la renovación de Javier Fernández Lasquetty como consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid y cree que con su gestión "será posible aumentar la eficiencia, la productividad y la calidad de los hospitales de Madrid"

- Por otra parte, recuerda que estas políticas están en la línea del proyecto AMPHOS, que resumen las 60 propuestas de SEDISA para la mejora de la gestión hospitalaria

Javier Fernández Lasquetty renovaba su puesto como consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid el pasado viernes, y el sector sanitario no ha tardado en dar sus opiniones al respecto de esta noticia. Así, Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), en declaraciones a EL MÉDICO INTERACTIVO, valora como "muy positiva" esta continuación, ya que en su opinión, desde la llegada de Lasquetty "el clima de diálogo en la Sanidad madrileña ha sido importante".

De hecho, la Consejería madrileña es una de las que más estrechamente ha colaborado con SEDISA, y esto se debe a que las líneas estratégicas de ambos, en cuestión de gestión, han sido bastante coincidentes. "Abogamos por la profesionalización de la gestión y por medidas que permitan hacer una gestión más eficaz, menos encorsetada y menos rígida que la que se hace con los modelos tradicionales de gestión - explica Estévez - y creemos que con su impulso se pueden agilizar esas medidas". Respecto a cómo puede influir de cara al futuro la gestión de Fernández Lasquetty al frente de la Consejería madrileña, el presidente de SEDISA considera que "cuando se implanten los planes estratégicos de las especialidades y los planes para optimizar recursos, creemos que será posible aumentar la eficiencia, la productividad y la calidad de los hospitales de Madrid", para conseguir con ello el que se entiende como el principal objetivo, es decir "hacer más con menos".

La apuesta de SEDISA por la mejora de la gestión

Precisamente, en esta línea se está trabajando dentro de la Sociedad, que está preparando, en coordinación con Abbott, el proyecto AMPHOS, un informe que contendrá 60 propuestas para la mejora de la gestión hospitalaria. Según explica Estévez, "se trata de detectar y localizar posibilidades de mejora en la gestión y de elaborar propuestas que permitan aplicar con objetivos de mejora de eficiencia, efectividad y calidad, una nueva reestructuración de la manera de gestionar los centros públicos". Así, estas propuestas pasan por SEDISA apoya la continuidad de Lasquetty al frente de la Consejería madrileña y confía en la gestión de las autonomías pese a los recortes crear desde un nuevo modelo de hospital, a una reforma en la gestión de las personas, hasta a un nuevo marco de procesos asistenciales integrados o una ordenación de los servicios y el progreso tecnológico.

Poder llevar a cabo todas estas medidas y continuar apostando por nuevos modelos de gestión desde las consejerías de Sanidad, dependerá también en gran parte de lo que ocurra ahora tras un nuevo recorte en los presupuestos, que ya se han cifrado en un 22,6 por ciento en la partida de Sanidad desde el Estado, pero también en un recorte de un 12 por ciento en lo que a las transferencias autonómicas se refiere. Sobre este tema, Joaquín Estévez también tenía su propia opinión, y es que "dificulta todavía mucho más en conseguir los objetivos de eficiencia y calidad así como los tiempos de espera y de demora así como el pago a proveedores". La esperanza de la Sociedad queda, por tanto, en manos de los consejeros, puesto que esperan que "los gobiernos autónomos prioricen la Sanidad e intenten cuando sea posible mejorar estos presupuestos". Así, abogan por "no poner en riesgo ni el actual sistema de prestación de servicios, ni la sostenibilidad del sistema, sabemos que es un momento malo y que hay que tomar esas medidas pero esperamos que reviertan lo antes posible.

O. - SEDISA, contra SATSE

A la Sociedad Española de Directivos de la Salud, SEDISA, no parece haberle sentado bien las declaraciones que desde el Sindicato de Enfermería, SATSE, se hicieron sobre el Desarrollo Profesional Continuo (DPC), del que dijo que era "una herramienta peligrosa en manos de los gerentes". Tan mal ha sentado en SEDISA tal valoración, que no se ha dudado en calificarla, entre otras lindezas, de "ejercicio de irresponsabilidad y cinismo". Para SEDISA, "no parece serio que un sindicato que pretende aspirar a ser responsable y moderno aún mantenga en 2012 actitudes novecentistas, transmitiendo una imagen distorsionada e interesadamente falsa de los directivos sanitarios".

P. - Apoyo a la nueva ministra desde la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), quiere expresar a la nueva ministra, Ana Mato, su felicitación y satisfacción por su nombramiento como ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España y desearle mucha suerte y acierto en el desempeño de su actividad.

SEDISA se muestra dispuesta a colaborar con la nueva ministra en las políticas y proyectos relacionados con la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, abogando por un pacto de Estado en Sanidad.

La inversión de dinero en el SNS para eludir su quiebra e impedir los impagos se revela para los directivos como la operación más urgente que deber acometer Mato: “ Se necesita inyectar dinero en el sistema para pagar la deuda sanitaria, y, a través del Consejo Interterritorial, que se establezca un documento de mínimos por el cual, al igual que hay una ley de ordenación de las profesiones sanitarias u otras normativas específicas, y existen planes de formación de todas las especialidades sanitarias, haya también unos requisitos, un mínimo currículum que deban cumplir los aspirantes a ser directivos sanitarios en este país”, señala el doctor Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad, reclamando la profesionalización del colectivo.

Desde SEDISA le conceden su confianza por haber probado en su trayectoria “ser una excelente gestora” capaz de aprovechar sus habilidades políticas para conocer “rápidamente” a los principales agentes del sector y resolver con holgura los retos de la política sanitaria del país.

Q. - Varios socios de SEDISA, junto con su presidente, Joaquín Estévez, premiados por la Asociación Española de Enfermedades Raras.

La Asociación Española de Enfermedades Raras y la Asociación Castellano-manchega de Errores Innatos del Metabolismo (AER-Acmeim) han celebrado, en Campo de Criptana, el acto de entrega de sus premios anuales para los organismos y personalidades que les apoyan en su labor. En esta edición, uno de los galardones más destacados ha recaído en Sanitaria 2000, cuyo presidente, José María Pino, ha sido el encargado de recoger el premio especial.

El jefe de Oftalmología del Hospital General La Mancha Centro, Fernando González del Valle, ha recogido el premio otorgado al servicio "por su gran trabajo en consonancia con las asociaciones de enfermedades raras para el tratamiento de pacientes afectados", según el presidente de AER-Acmeim, José Ignacio Meco. Por su parte, la directora general de Salud Pública, Dolores Rubio, ha recibido el premio solidario que consiguió la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Castilla-La Mancha "por el compromiso demostrado en tiempos tan difíciles, donde el ingenio es necesario y el trabajo imprescindible". Además de los citados, el resto de distinciones recayeron en otras personalidades como Alberto de la Rosa, director del Grupo Rivera Salud; Joaquín Estévez, presidente de SEDISA; Francisco Javier Maldonado, de la Gerencia del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid; Rosa López-Torres, presidenta del Consejo de Farmacia de Castilla-La Mancha; José Samblás, presidente del Grupo IMO, entre otros.



R. - El consejero de Sanidad y Asuntos Sociales ha hecho entrega junto a SEDISA de una donación a dos ONG'S.



El Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales, José Ignacio Echániz, ha ensalzado “el comportamiento de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) por su claro compromiso con dos de las organizaciones de la provincia de Guadalajara que atienden a los colectivos más desfavorecidos en estos duros momentos que atravesamos”. El

titular de Sanidad y Asuntos Sociales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha ha hecho estas declaraciones tras la entrega que ha realizado, con la gerente de SEDISA, Lourdes González, y la vocal de la sociedad en la región y gerente del Hospital, Cristina Granados, a los responsables del Banco de Alimentos de Guadalajara, Carmen Hombrados, y de Cáritas Guadalajara, Demetrio Chamón, del 10 por ciento de las cuotas aportadas por los socios durante el presente año, 4.000 euros (2.000 para cada ONG). El Consejero ha querido asistir a esta entrega para agradecer personalmente a SEDISA este gesto y para subrayar “la dura e imprescindible labor que están realizando los responsables de Cáritas y el

Banco de Alimentos así como de los voluntarios que les ayudan de manera completamente altruista. Son, sin duda, un pilar fundamental en la ayuda a los colectivos más desfavorecidos de Guadalajara”. Por su parte, los miembros de la junta directiva de SEDISA han recordado que recientemente el Hospital Universitario de Guadalajara acogió la V Jornada Nacional de Directivos Sanitarios a la que acudieron más de 200 profesionales en gestión sanitaria de toda la geografía nacional. “Tras esta reunión acordamos entregar a dos de las principales organizaciones de esta provincia esta cuantía para ayudar a los colectivos más desfavorecidos”.

Finalmente, Carmen Hombrados y Demetrio Chamón han agradecido las palabras de apoyo del Consejero de Sanidad y el gesto solidario de la Sociedad Española de Directivos de la Salud y han aprovechado para trasladar “la realidad y necesidades que están sufriendo diferentes colectivos y familias de Guadalajara y la importancia de percibir este tipo de aportaciones y colaboraciones para seguir ayudando a muchas personas de nuestra provincia que están pasando verdaderas necesidades”, han concluido.

S. - SEDISA presenta en el Ministerio de Sanidad sus propuestas sobre la profesionalización de la dirección sanitaria

- Se presenta ante el director general de Ordenación Profesional el “Informe sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud”, y se ofrece la colaboración de la sociedad para ayudar en la sostenibilidad del Sistema, reflejada en el documento de “Compromiso con la Sostenibilidad”
- Desde el Ministerio se ve necesario abordar el tema del desarrollo profesional de los directivos sanitarios, así como el incluirlos en un registro de profesionales sanitarios.

“Estamos aquí, podemos apoyar y aportar ideas”, ésa es la idea que Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, quiso llevar ante el director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, José Javier Castrodeza, en una reunión que tenía como principal punto presentarle el “Informe sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud”, y a la que además asistían otros representantes de SEDISA como Mariano Guerrero y César Pascual, miembros que seguirán formando parte de la nueva junta directiva.

En un momento de crisis, como el actual, se evidencia aún más la necesidad de contar con buenos directivos, y por ello, la profesionalización sanitaria debe volver a ponerse en la mesa de debate. “SEDISA debe y quiere liderar ese planteamiento, y lo quiere hacer con la ayuda de las autoridades sanitarias”, exponía Mariano Guerrero, coordinador del proyecto. Más concretamente, el objetivo pasa por, mediante encuestas realizadas con la colaboración de Tea Cego, conocer de primera mano qué es lo que piensan los propios gestores sanitarios respecto a cuáles son sus necesidades y deficiencias, así como la visión de algunos expertos del sector. Una vez realizadas estas encuestas se han debatido las conclusiones con más de veinte personalidades como José Soto, o Antonio Burgueño, entre otros, para llegar por fin al documento de consenso que era presentado hoy en el Ministerio. “Hay varias competencias en las que, tanto expertos como gestores sanitarios, coinciden en que tienen que progresar, que son la formación, el liderazgo y la comunicación”, recalca Guerrero.

En cuanto a cuál es el objetivo de SEDISA con la presentación y divulgación de este informe, su coordinador aclaraba que “lo que pretendemos es que el gestor sanitario sea el adecuado”, sin interferir en la decisión concreta, la cual debe seguir correspondiendo al político, ni en cuál tiene que ser el programa formativo, que seguirá dependiendo de lo acordado en el Espacio de Educación Superior Europeo. Así, una de las propuestas es que al igual que existen organismos como ANECA que verifican la adecuación de los estudios, “esto mismo se haga en gestión sanitaria, sobre lo cual ya hay algunos ejemplos”, según Guerrero. Por tanto, la idea pasa porque SEDISA sirva como “puente y cemento”, entre estas organizaciones.

Registro de profesionales

Por su parte, Castrodeza se alegraba de que esta reunión tuviera lugar, ya que al igual que el resto de profesionales ha manifestado sus problemas y soluciones, “en todo esto faltaba el líder”, que es el gerente del hospital. En su opinión, “al igual que ocurre con el modelo retributivo, el modelo de desarrollo profesional, y el modelo de categorías, el tema de los directivos sanitarios es un tema que en algún momento tendremos que sacar, y que a mí personalmente me preocupa”. Es decir, lograr un desarrollo profesional normalizado, cuestión que está aún por abordar, inclusive dentro del propio Consejo Interterritorial. En esta necesidad de regularizar la profesionalización, José Javier Castrodeza recordaba que una de las medidas que se quiere llevar a cabo es la de tener un registro de los profesionales sanitarios, “y ahí meto también a los directivos sanitarios”. Esta idea va en la misma línea que el planteamiento de SEDISA, y que de hecho ya había sido recogida como tal en el informe.

Sostenibilidad hoy más que nunca

Otro tema que salía a relucir en la reunión era la “intensidad importante” que, según Castrodeza, tenía la actual crisis económica que también está pasando factura al Sistema Nacional de Salud. Precisamente, SEDISA también presentaba a este respecto su documento sobre “Compromiso con la sostenibilidad”, cuya elaboración fue principalmente liderada por Carlos Arenas, gerente del Departamento de Salud de Orihuela. Al igual que la sociedad cuenta con la participación y colaboración activa de gran parte de las consejerías de Sanidad, el objetivo, tal y como expresaba Joaquín Estévez, es “que nos tengáis en cuenta como colaboradores”, también desde el Ministerio, sobre todo respecto a todo lo que puede aportar una mejor gestión sanitaria al sistema.

Acerca de SEDISA

SEDISA es una asociación de carácter privado y sin ánimo de lucro, con personalidad jurídica propia e independiente de la de sus miembros, así como con capacidad plena de obrar para administrar y disponer de sus bienes y cumplir los fines que se propone. Los fines de SEDISA consisten en la realización de cuantas actividades contribuyan a la promoción, desarrollo, protección y defensa de los servicios sanitarios en general y, particularmente, el estudio y perfeccionamiento de las funciones gestoras y directivas de la salud, así como la representación, gestión y defensa de los intereses profesionales de sus miembros. www.sedisa.net

T. - Documento resume de la reunión entre SEDISA y la secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas.

El pasado 5 de septiembre, el presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Joaquín Estévez; su secretario, Mariano Guerrero; y su vicepresidente, César Pascual, fueron recibidos en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por la secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, con el objetivo de presentar los principales objetivos de la Sociedad, así como sus últimas novedades, además de tender una mano de colaboración entre ambos hacia una mejora de la gestión sanitaria en España, que pueda contribuir también a la sostenibilidad del sistema.

Tal como explicaron sus representantes, SEDISA es de alguna forma la sociedad que reúne a mayor número de directivos sanitarios de nuestro país, alrededor de unos 800 gestores, de los cuales más de 400 pertenecen a la alta dirección. Desde la misma se considera de especial relevancia todo lo relacionado con la profesionalización de la gestión sanitaria, y tal como puntualizaba Estévez, “lo que queremos es que SEDISA sea tenida en cuenta en este Ministerio, ya que entendemos que como colectivo tenemos cosas que decir”.

Sobre esta posible colaboración, desde el primer momento, Pilar Farjas alegó estar en “total acuerdo, debido a la implicación directa que tenéis en la gestión cotidiana y por lo tanto la proximidad que da conocer a fondo los problemas”, aunque manifestaba que el principal problema por el que SEDISA y, en general, los gestores sanitarios, no han tenido espacio en el Ministerio es porque “a veces las estructuras formales de participación que tiene el Ministerio hacen que determinadas entidades que tiene el peso suficiente no estén en las estructuras administrativas”.

Presentación de las novedades de SEDISA

Joaquín Estévez aprovechó este encuentro para poner en conocimiento de la secretaria general de Sanidad algunas de las novedades de SEDISA, sociedad ya conocida por la misma. “En este momento se ha abierto un proceso electoral en el que ha habido una candidatura única, pero en el que estamos con una renovación importante de la Junta Directiva. Tenemos algunas Comunidades que no estaban representadas, y por ello se incorporan gerentes de algunos hospitales como pueden ser los de Zaragoza, Guadalajara, Zamora o de Orihuela. También, por ejemplo, algunos provenientes del País Vasco, Canarias o Andalucía”.



Otro dato de especial importancia era el de recordar a Pilar Farjas la futura celebración del 18 Congreso Nacional de Hospitales, que en esta ocasión se celebrará en Bilbao los días 20, 21 y 22 de febrero de 2013, bajo el lema de “Personas e Innovación en el ámbito hospitalario”. Farjas ya es conocedora de este congreso, ya que asistió a la última cita, en 2011 en Madrid, la cual contó con más de 2.000 participantes y con más de 135 stands comerciales, sumándose al

éxito de los anteriores congresos, como los celebrados en Cáceres, Almería, Murcia, Valencia, o Zaragoza. El presidente de SEDISA adelantaba que, seguramente, el 19 Congreso tendrá lugar en Alicante, debido al papel especial de la gestión valenciana, y a la buena relación que mantiene la sociedad con Luis Rosado, consejero de Sanidad de dicha Comunidad.

En cuanto a la línea de trabajo de SEDISA, Estévez explicaba que “el plan estratégico de SEDISA pasa por sumar socios y representatividad territorial; fomentar la formación de esos socios para que todos tengan actitudes y conocimientos suficientes para dirigir instituciones sanitarias; el desarrollo de la gestión clínica y volver a luchar por esa profesionalización”. Por todo ello, su propuesta hacia el Ministerio no es sino “ofrecernos para que en los temas de profesionalización o de gestión se cuente con nuestra participación que va a ser en tono de ayuda y de colaboración, y no en el tono de enfrentamiento”.

Dentro de esta línea de trabajo, y con una especial sensibilidad por los difíciles momentos económicos por los que pasa la Sanidad española, SEDISA ha elaborado un documento, que es el compromiso de SEDISA con la sostenibilidad, en el que, aunque han participado varias personas, el artífice principal ha sido Carlos Alberto Arenas, gerente del Departamento de Salud de Orihuela. Este documento era también presentado a la secretaria general para su consideración.

La profesionalización de los directivos de la Salud

Tal y como recordaba César Pascual, “el tema de la profesionalización no es un tema nuevo, pero la profesionalización de los directivos es si cabe ahora más importante, en un tiempo de crisis, que es cuando tenemos que ver cuáles son los perfiles de las personas”. Es decir, que es importante que existan criterios de acreditación y de verificación de la formación de estos gerentes, “lo cual no influye en la capacidad necesaria de que la autoridad sanitaria elija al directivo que considere”, añadía Mariano Guerrero.

Por todo ello, precisamente Mariano Guerrero ha sido el encargado de coordinar un proyecto para profundizar un poco más dentro de lo necesario de la profesionalización sanitaria. Con la colaboración de Tea Cegos, se ha coordinado un grupo de trabajo en el que se han involucrado unas 20 personas de perfiles muy diferentes, para elaborar un documento de consenso sobre la profesionalización de la

gestión sanitaria. Para su elaboración se hizo una encuesta a socios, que sumado al trabajo de campo, y a un intenso debate, ha permitido redactar un primer borrador. Este documento era entregado en primera instancia en el Ministerio de Sanidad, con la intención de recibir sus opiniones y correcciones. El siguiente paso será llevarlo a las Consejerías de Sanidad para, a continuación, ponerlo a la disponibilidad de todos los socios, especialmente de todos aquellos socios colaboradores y protectores de SEDISA.

En opinión de Mariano Guerrero, “no debemos entrar en lo que es la formación que las Universidades tienen cada una establecida, pero sí tenemos que entrar en que ANECA u otra organización similar verifique esa formación”. Explicaba también a la secretaria general que debe de ser “el Ministerio, a través de quien corresponda, tendrá que establecer cuáles son los criterios o la formación que esas personas que luego eligen deberían de tener”.

El método de trabajo ha sido mediante la realización de encuestas de opinión, unas dirigidas a los socios de SEDISA, en relación a lo que ellos piensan sobre sus competencias y las que les gustaría tener, y a la misma vez se ha mandado esa misma encuesta a diez expertos para contrastar la información con su valoración. Lo que llama la atención de este estudio es la coincidencia de ambos en que la formación es uno de los elementos fundamentales, junto con la comunicación y el liderazgo. Es decir, los actuales gestores sanitarios son conscientes de su poco liderazgo dentro de la organización. “No pretende ser más que un punto de arranque, no es un documento definitivo, sino que la intención es que esté siempre abierto aportaba Guerrero, pero ya tenemos un documento en el que tenemos lo que realmente la gente piensa”.

El compromiso del Ministerio

Tal y como explicaba Farjas, “hemos establecido entre las Autonomías una organización del Sistema Nacional de Salud, donde pilotan todas las posibilidades de trabajo conjunto con el Consejo Interterritorial, pero en el que participan los consejeros, que no son los gerentes de los servicios de salud, y con lo cual, nos hemos quedado sin ninguna estructura que sirva como mesa de trabajo conjunta respecto a los temas de gestión sanitaria a nivel nacional”. Así, detallaba que salvo los temas normativos, la gestión está absolutamente descentralizada, y por ello se está

La secretaria general de Sanidad escuchó atentamente estas propuestas, por su parte y, abrió los lazos hacia futuras colaboraciones, que pasen desde la contribución de SEDISA a los grupos de trabajo sobre

profesionales, hasta a la creación de un nuevo camino en el que volver a vincular la gestión sanitaria, recurriendo al único instrumento que existe de gestión a nivel nacional, como es el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

“Estáis poniendo exactamente el punto sobre la i en un tema que es el día a día, la realidad, que es que la gestión está tan descentralizada que cada uno ha ido abordándola por su terreno, y nos encontramos con temas como que hemos perdido la cohesión que había en el modelo de formación de gerentes, hemos perdido el criterio a la hora de definir cuál es el desarrollo profesional de la gestión, etc.”, eran las palabras de la secretaria general, con las que valoraba que tanto SEDISA como el Ministerio, coincidían en el análisis de la situación actual. “Creo que es el momento”, afirmaba, ya que éste es un asunto pendiente igual que lo era el trabajar en el modelo retributivo, y en un cuadro de equivalencias de categorías, todo ello con el objetivo de volver a aglutinar y crear más cohesión en el SNS. Así, Farjas opina que “también se tendría que tener en cuenta cuál debería ser el currículum y el circuito de desarrollo profesional de los gerentes, así como las competencias y habilidades del mismo”.

El camino a andar ahora es el de ver cómo la sociedad pueda incorporarse y realizar su aportación, ya que tal y como la representante ministerial señalaba “ hay que pensar en que la dificultad está en un Ministerio donde la gestión sanitaria ha estado ausente en 12 años, y por eso ahora no tiene instrumentos para volver a recogerla.” Por lo tanto, pedía también la ayuda de SEDISA para buscar los instrumentos y mecanismos que hagan posible esta colaboración. “Tenemos que recuperar criterios homogéneos, posibilidad de gestión conjunta, iniciativas de ordenación profesional, porque evidentemente es imprescindible”.

Desde el Ministerio se pedía también la ayuda de SEDISA, en algo tan importante como es fortalecer la gestión en un momento de crisis económica. “Es importante que en temas de trabajo ayudéis a difundir cuáles son las iniciativas clave que el SNS está abordando”. Es decir, facilitar la formación para la gestión de compras centralizadas, de nuevos modelos de contratación, la potenciación de los sistemas de cobro a terceros y facturación, tema indispensable. Así también facilitar conocimientos de cómo organizar dentro de los hospitales unidades de facturación y de cobro, que no existían, y de hecho aún hay CCAA que no tienen Unidad de Facturación. “Por lo tanto, lo ideal sería que todo ello lo incorporaseis como material de trabajo y que empiece a circular”, concluía la reunión Pilar Farjas.

U. - SEDISA se ofrece a colaborar con el Ministerio de Sanidad para la sostenibilidad del sistema

La Sociedad ha expuesto ante la secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, algunas de sus novedades, tales como el Informe de la Profesionalización de los directivos de la Salud, sus propuestas sobre sostenibilidad, la renovación de su junta directiva y sus planes para el próximo 18 Congreso Nacional de Hospitales.

Farjas se ha mostrado muy interesada en la colaboración entre SEDISA y el Ministerio, considerando “estratégica” la implicación de los gerentes sanitarios para lograr una sostenibilidad del sistema.

Pilar Farjas, secretaria general de Sanidad, recibía esta mañana a algunos de los representantes de la



Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), en una muestra de acercamiento hacia las preocupaciones de los gerentes sanitarios. En este encuentro, Joaquín Estévez, presidente de SEDISA, aprovechaba para presentar a Farjas algunas de las principales novedades de la Sociedad. Entre ellas se encuentra la renovación de la junta directiva, que contará con mayor representación territorial a partir de este noviembre, y los preparativos para el 18 Congreso Nacional de Hospitales, que se

celebrará el próximo febrero en Bilbao. Igualmente, Estévez hacía hincapié en el plan estratégico de SEDISA, que pasa por “sumar representatividad territorial; fomentar la participación de los socios para que todos tengan actitudes y conocimientos suficientes para dirigir instituciones sanitarias, el desarrollo de la gestión clínica y la defensa de la profesionalización”.

Un paso más para la profesionalización de la gestión directiva

Precisamente uno de los motivos principales de esta reunión era el de presentar el “Informe sobre La Profesionalización de los directivos de la Salud”, elaborado por SEDISA y realizado en colaboración con diversas personalidades del sector y con Tea Cegos, en el que se han querido plantear las necesidades que los propios gestores sanitarios perciben en la función directiva hoy día. “No pretende ser más que un punto de arranque, éste debe ser un documento siempre abierto”, expresaba Mariano Guerrero,

coordinador de este Informe. Si bien la secretaria general de Sanidad ha sido la primera en recibir este documento, el siguiente paso será llevarlo a las Consejerías de Sanidad para, a continuación, ponerlo a la disponibilidad de todos los socios, especialmente de todos aquellos socios colaboradores y protectores de SEDISA, como son muchas de las empresas de la Industria Farmacéutica, representada en este caso por Farmaindustria y Fenin.

La profesionalización de la gestión sanitaria sigue siendo una de los caballos de batalla de SEDISA, sobre todo en tiempos de crisis, ya que la mejor receta para alcanzar la sostenibilidad no es sino contar con gestores formados y competentes. Es por ello que desde la sociedad se pide una mayor colaboración con el Ministerio de Sanidad para lograr alcanzar este objetivo, ya que si bien son las universidades quienes tendrán que decidir los programas de formación, y las consejerías quienes tendrán total libertad para nombrar a sus gerentes, sí es cierto que hacen falta unos criterios comunes para todos, “y es el Ministerio quien tendrá que establecer esos criterios”, según opinaba Mariano Guerrero.

Una mano tendida desde el Ministerio

Si bien Pilar Farjas consideraba de vital importancia “implicar a los gestores en los objetivos del sistema”, paso que en este momento denominaba como “estratégico”, sí veía algunas dificultades técnicas en la forma de coordinar el mismo. “El Ministerio actualmente no tiene instrumentos para recogerlo”, y es que tal y como la propia secretaria general exponía, la gestión sanitaria lleva fuera del Ministerio desde hace 12 años. Es por ello que su propuesta pasa por incluir a los representantes de la función directiva en los grupos de trabajo para que puedan aportar sus ideas y así “caminar juntos en la misma línea”, ya que tras observar las conclusiones de los documentos aportados, dejaba claro que “coincidimos en el análisis”.

“Tenemos que recuperar criterios homogéneos, las posibilidades de gestión conjunta, y las iniciativas de ordenación profesional, porque es imprescindible”, apuntaba la representante ministerial, “y creo que éste es el momento”. Asimismo, Pilar Farjas pedía su colaboración a SEDISA en la difusión y formación de nuevos modelos de gestión más eficientes, y que pueden ayudar mucho a la sostenibilidad del sistema, como lo son las compras centralizadas, los nuevos modelos de contratación, o la potenciación de la gestión del cobro a terceros.

Acerca de SEDISA

SEDISA es una asociación de carácter privado y sin ánimo de lucro, con personalidad jurídica propia e independiente de la de sus miembros, así como con capacidad plena de obrar para administrar y disponer de sus bienes y cumplir los fines que se propone. Los fines de SEDISA consisten en la realización de cuantas actividades contribuyan a la promoción, desarrollo, protección y defensa de los servicios sanitarios en general y, particularmente, el estudio y perfeccionamiento de las funciones gestoras y directivas de la salud, así como la representación, gestión y defensa de los intereses profesionales de sus miembros. www.sedisa.net

V. - SEDISA en el Encuentro Iberoamericano.

Presididas por el presidente de la Real Academia Española de Medicina y por el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, se celebraron las jornadas del Encuentro en la Real Academia Nacional de Medicina.

El Encuentro, organizado por la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud y por la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud, con el apoyo institucional de la Fundación Bamberg y de SEDISA, tuvo lugar durante los días 15 y 16 de noviembre, con el objetivo de reforzar los lazos de unión entre las organizaciones latinoamericanas y portuguesas, representadas por la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud, OIPSS, con la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud, OEHSS, con el fin de la puesta en común de ideas, experiencias y propuestas relativas a la mejora y sostenibilidad de los sistemas sanitarios de nuestros países.

En el encuentro se debatieron temas tan importantes como los problemas derivados de la cronicidad de enfermedades y el envejecimiento de la población, sobre los problemas de financiación y las características que deben reunir los directivos sanitarios frente a estos retos en que es necesario un cambio en los procesos asistenciales y una mejora de la eficiencia en la gestión de los recursos.

Durante las sesiones iberoamericanas se expusieron aspectos tales como la colaboración público-privada en servicios de salud en Iberoamérica en los que se pondrá de manifiesto las experiencias

habidas, las oportunidades que se presentan, debatiéndose también sobre la tecnología y la innovación como aspectos clave para afrontar los retos de futuro en el sector de la salud.

En el Encuentro participaron activamente representantes de Argentina, Uruguay, Bolivia, Perú, Brasil, Colombia, México, Portugal y España.

El encuentro finalizó con una recepción en el Palacio de Las Cortes por el presidente de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, Ilmo. Sr. Mario Mingo Zapatero.



W. - Reunión del Jurado del Premio “Ideas para Mejorar la Eficiencia en el Bloque Quirúrgico”.



Los hospitales Clínico San Carlos de Madrid, General Universitario de Valencia y Hospital del Mar de Barcelona optan al premio “Ideas para Mejorar la Eficiencia en el Bloque Quirúrgico”, que convocan la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) con el apoyo de

la multinacional sueca, Molnlycke Health Care, y que se entregará en el marco del 18 Congreso Nacional de Hospitales, que organizan las dos agrupaciones y se celebra en Bilbao el próximo mes de febrero a partir del lema “Creando Valor Sostenible”. También han quedado como finalistas al galardón la Maz Mutua de Accidentes de Zaragoza y el Instituto Portugués de Oncología.

Miembros del jurado de los premios. En el centro, Lourdes González, gerente de SEDISA, y, a su derecha, Jesús Sanz, presidente de ANDE.

Los representantes de la idea innovadora y eficiente en cada uno de los centros y entidades mencionados (quien recibirá el premio en definitiva) son los siguientes profesionales: José Manuel Berzosa, del Clínico San Carlos de Madrid; Cristóbal Zaragoza, del General Universitario de Valencia; Carme Serra, del Hospital del Mar; María Dolores Solano, de Maz Mutua de Accidentes; y María Elisabete Santos Magahlaes, del Instituto Portugués de Oncología.

El jurado del Premio, que se ha reunido en Madrid, ha designado, por tanto, a estos cinco finalistas como candidatos al galardón, que está dividido, a su vez, en tres categorías (primer, segundo y tercer premios). Como miembros de aquél han estado en la reunión la gerente de SEDISA, Lourdes González (en representación del presidente del colectivo, Joaquín Estévez, quien no pudo acudir por motivos de agenda); el presidente de ANDE, Jesús Sanz Villorejo; y el director general de MHC, Luis Vargas. Con voz pero sin voto, asistieron Hugo Almeida, Business Director & Marketing Manager Surgical de MHC, y Gema Romero, Barrier Product Manager de la misma compañía.

El objeto de este premio consiste en “sacar a la luz ideas que ayuden a mejorar los procesos dentro del área quirúrgica de los hospitales y a trabajar de un modo más eficiente dentro de la ecuación calidad costes-seguridad cuidado medioambiental”.

El jurado contó para analizar y debatir con más de treinta diversas y diferentes candidaturas, de distintas organizaciones y comunidades autónomas e incluso de Portugal. Todas ellas de un gran nivel profesional que se lo pusieron muy difícil en la elección. Tuvieron en cuenta, entre otros factores, el grado de innovación de la propuesta; que la idea fuera novedosa; que fuera una idea que realmente aportara mayor eficiencia en el quirófano; que fuera una idea respetuosa con el medio ambiente; y que fuera viable, esto es, posible de llevar a la práctica.

Dotación de los galardones

El jurado contó para analizar y debatir con más de treinta diversas y diferentes candidaturas, de distintas organizaciones y comunidades autónomas, incluso de Portugal, todas ellas de un gran nivel profesional que se lo pusieron muy difícil en la elección.

Tuvieron en cuenta: La innovación, que la idea fuera novedosa; que fuera una idea que realmente aporte mayor eficiencia en quirófano; que fuera una idea respetuosa con el medio ambiente, y que sea viable, es decir, posible de realizar.

En cuanto a la recompensa que recibirán los ganadores, será la siguiente en función, como es lógico, de la categoría en que sean premiados:

- El primer premio, un viaje a Praga y a Karvina para cinco personas del departamento del ganador más 2.000 euros en metálico (durante el viaje los ganadores visitarán las instalaciones de Mölnlycke Health Care en este país donde son fabricados los equipos hechos a medida Procedure Pak).
- El segundo premio, una dotación de 1.250 euros.
- El tercero, de 500 euros.

Conforme a las normas de esta convocatoria, todos los premios en metálico han de ser reinvertidos de forma obligatoria en el hospital, entidad o institución galardonada, ya sea en formación para el personal, material nuevo de cualquier índole que el departamento necesite, investigación, inscripciones a congresos, etc.

X. - Joaquín Estévez forma parte del patronado de Fidisp.

Acaba de nacer la Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (Fidisp), cuyos fines recalcan en promover esa clase de actividades y que será presentada de manera formal a finales de enero, amén de disponer de su propio espacio en las III Jornadas Nacionales de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias, que se celebran en Zaragoza los días 14 y 15 de marzo de 2013, tras el éxito cosechado en la anterior edición en Toledo, según ha confirmado a Redacción Médica el presidente del nuevo organismo (y coordinador del Programa Semes-Seguridad del Paciente), Santiago Tomás.

Forman parte del patronado de Fidisp, aparte de su presidente, el secretario general técnico de la Fundación Ad Qualitatem y **presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Joaquín Estévez**, en calidad de secretario; y Santiago Tomás Vecina, Félix Flórez Coto, Tomás Camilo Toranzo y Telesforo Javier Moreno, en calidad de vocales, tal como se lee en la edición del Boletín Oficial del Estado del 15 de noviembre pasado.

Los dirigentes de Fidisp desarrollan en este momento un portal web que difunda la imagen de la fundación en internet, y se proponen, como reto inmediato, “aglutinar a todos los grupos que trabajan en seguridad del paciente en un momento en el que, desde el punto de vista económico, resulta difícil acceder a toda clase de recursos”, puntualizó Tomás.

En el texto de la publicación oficial aparecen, asimismo, como fines de la fundación “colaborar con profesionales, centros sanitarios, administraciones públicas, organizaciones de ciudadanos y cualesquiera otras instituciones del sector sanitario, públicas o privadas, que tengan como misión fundamental la promoción de la seguridad del paciente; fomentar el desarrollo de distintas líneas de investigación y asegurar la transferencia de conocimientos en el campo de la seguridad del paciente, y cultivar el compromiso de la sociedad civil y de las administraciones con la mejora de la seguridad y de la calidad de los servicios sanitarios”.

En cuanto a las jornadas mencionadas, que tendrán lugar en la fecha reseñada en el Centro de Tecnologías Avanzadas de Zaragoza, están organizadas por la propia Semes en colaboración con la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Se dirigen a “profesionales de los servicios de Urgencias y de calidad, médicos, enfermeras, farmacéuticos, gestores, jefes de Servicio...” y otros sanitarios interesados en su contenido.

En este contexto, está prevista la exposición de un “documento de consenso” entre la Sociedad de Farmacia Hospitalaria y la Semes “para la conciliación de la medicación en los servicios de urgencias”. En palabras de Tomás, “se trata de consensuar una serie de normas y recomendaciones para ajustar la medicación de los pacientes que acuden a este tipo de servicios y, de ese modo, evitar duplicidades o interacciones”.

Un agradecimiento especial a la compañía NOVARTIS por su colaboración para que estas memorias hayan podido ser editadas

