MEMORIA DE ACTIVIDADES

Sociedad Española de Directivos de la Salud

sedisa

sociedad española de directivos de la salud

Ejercicio 2013

ÍNDICE

	Pág.
Personalidad jurídica y actividades	3
Órganos de gobierno	4
Junta Directiva	4
Reuniones	8
✓ Junta Directiva	8
✓ Reuniones Asamblea General	8
Información de socios	9
Congreso Nacional de Hospitales	13
Artículos publicados	15
Revista SEDISA Siglo XXI	17
✓ Comité directivo editorial Revista SEDISA Siglo XXI	17
✓ Comité editorial Revista SEDISA Siglo XXI	18
• Número 28. Febrero 2013.	18
• Número 29. Abril 2013.	19
• Número 30. Julio 2013.	20
• Número 31. Diciembre 2013.	22
Premios Revista SEDISA Siglo XXI. Año 2012	24
CEDE. Confederación Española de Directivos y Ejecutivos. Asambleas y Juntas	25
Congresos y Jornadas	26
Información de interés	126
Acuerdos y convenios de colaboración	157

Con el patrocinio de:

NOVARTIS PHARMACEUTICALS

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

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

GERENTE

Gerente Dña. Lourdes González Gómez

NOMBRAMIENTO COMISIÓN PERMANENTE DE LA SOCIEDAD (Art. 21º bis.- de los Estatutos de la Sociedad)

Se acuerda, por unanimidad, nombrar la Comisión Permanente de la Asociación que queda formada por las siguientes personas:

Presidente:	D. Joaquín Estévez Lucas
Vicepresidente:	D. César Pascual Fernández
Secretario General:	D. Mariano Guerrero Fernández
Tesorero:	D. José Manuel Pérez Gordo
Vocales:	Dña. Cristina Granados Ulecia
	D. Modoaldo Garrido Martín
	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: Dña. Cristina Granados Ulecia.

Castilla y León: D. Rafael López Iglesias.

Cataluña: D. Raimon Belenes i Juárez.

Extremadura: Dña. Isabel Tovar García.

Galicia: D. Ramón Ares Rico.

Madrid: D. Ignacio Martinez Jover y D. Modoaldo Garrido Martín.

País Vasco: D. Jon Guajardo.

Valencia: D. Juan Antonio Marqués.

Aragón: Vacante.

Asturias: Vacante.

Baleares: Vacante.

La Rioja: Vacante.

Murcia: Vacante.

Navarra: Vacante.

AGRUPACIONES TERRITORIALES

La Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, en su reunión celebrada en Madrid, el día 20 de abril 2012, aprobó la creación de la Agrupación Territorial de la Sociedad Española de Directivos de la Salud en la Comunidad Valenciana, a propuesta del Dr. Mariano Guerrero Fernández y otros 14 socios de la Comunidad Valenciana.

La Asamblea General de socios, en la reunión celebrada en Madrid, el día 14 de junio de 2012, aprobó el Reglamento de las Agrupaciones Territoriales y Delegados Territoriales.

La Asamblea General de socios, en la reunión celebrada en Madrid, el día 14 de junio de 2012, aprobó la creación de la Agrupación Territorial de la Sociedad Española de Directivos de la Salud en la Comunidad Valenciana.

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 Pompido
- D. Joan G Sintes i Pascual
- D. Julio Villalobos Hidalgo

INFORMACIÓN DE SOCIOS

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

- D. José Mª Paloma Fosalba, Mayo de2005.
- D. Joan Grau Sociats, Mayo de2005
- D. Pedro Manuel Mariño Campos, Mayo de2005
- D. Joan Rovirosa Juncosa, Mayo de2005
- 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 de2011
- D. Jesús Carames Bouzán, Abril de2011
- D. Juan Abarca Campal, Abril de 2011

- D. Francisco Villa Colsa Febrero 2013

RECONOCIMIENTO A LA TRAYECTORIA PROFESIONAL

- D. Joaquín Martínez Hernández Abril 2011

REUNIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA

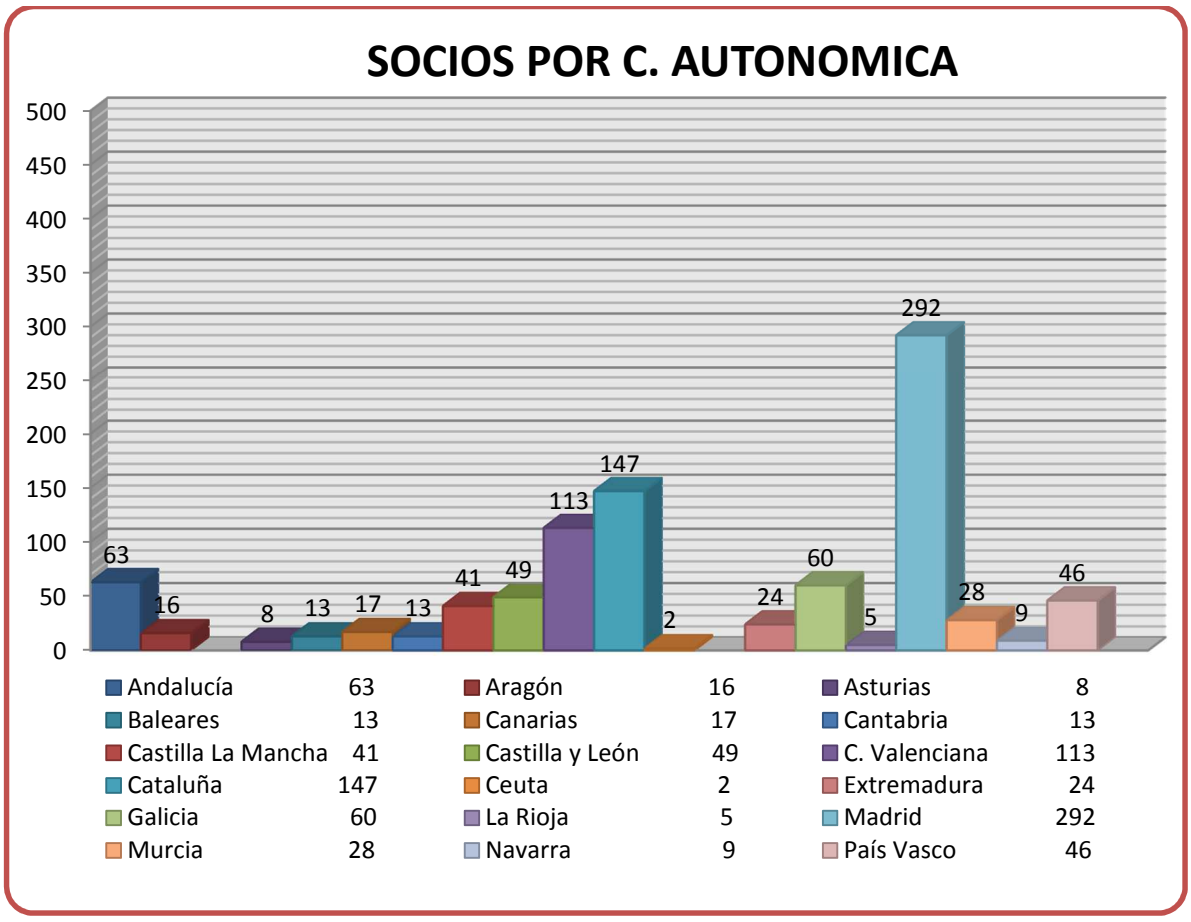
- 9 de mayo de 2013 → Reunión de la Junta Directiva, Santander.
- 10 de junio de 2013 → Reunión de la Junta Directiva, Madrid.
- 14 de noviembre de 2013 →Reunión de la Junta Directiva, A Coruña.

ASAMBLEA GENERAL

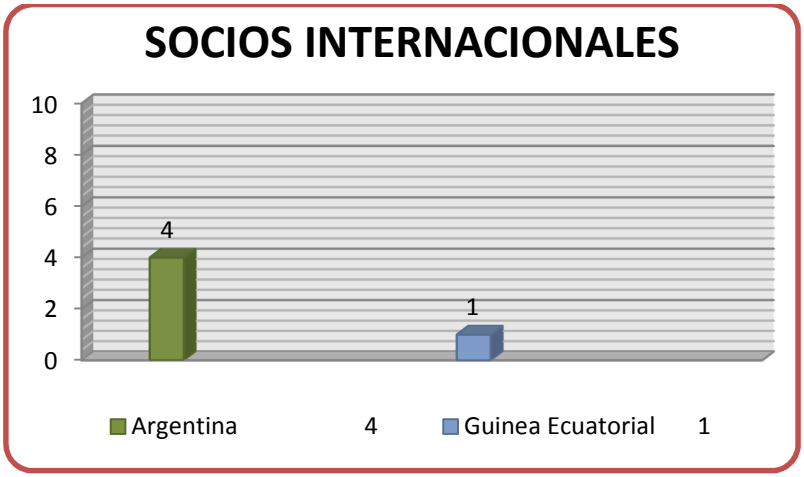
- 9 de mayo de 2013 → Reunión Asamblea General, Santander.
- 14 de noviembre de 2013 → Reunión Asamblea General, A Acoruña.

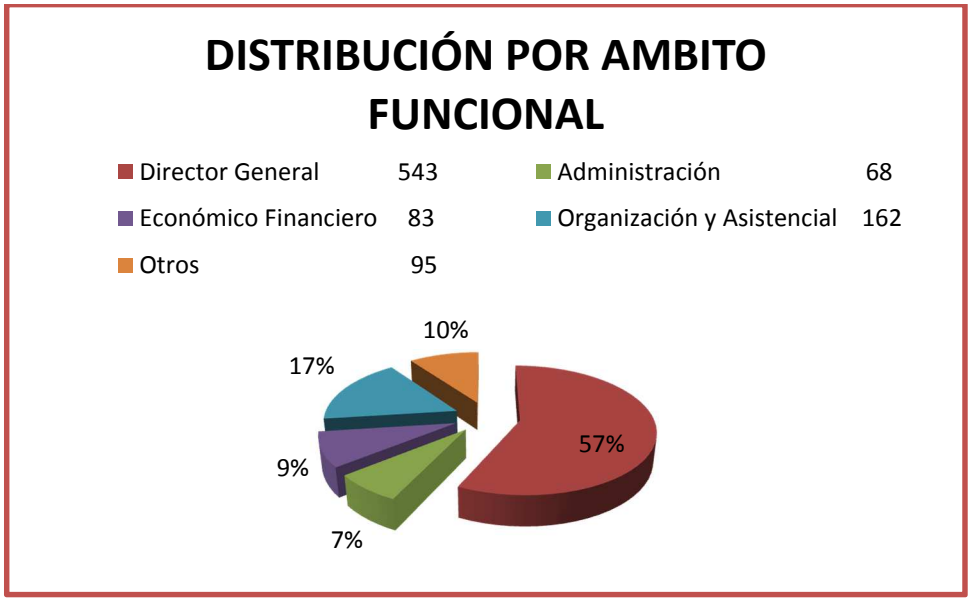
El número de socios asciende a **951**, con la siguiente distribución por Comunidades Autónomas, a **fecha 31 de diciembre de 2013**.

Distribución socios por Comunidades Autónomas

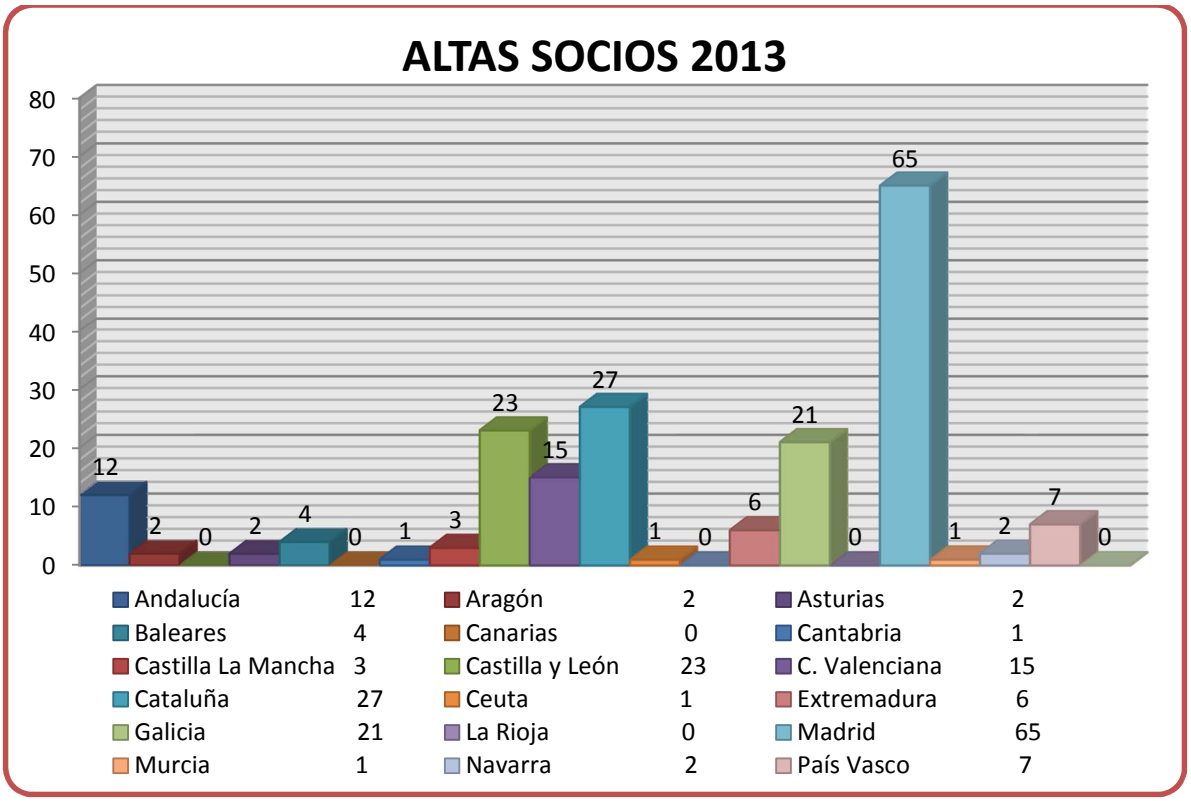


Distribución socios Internacional

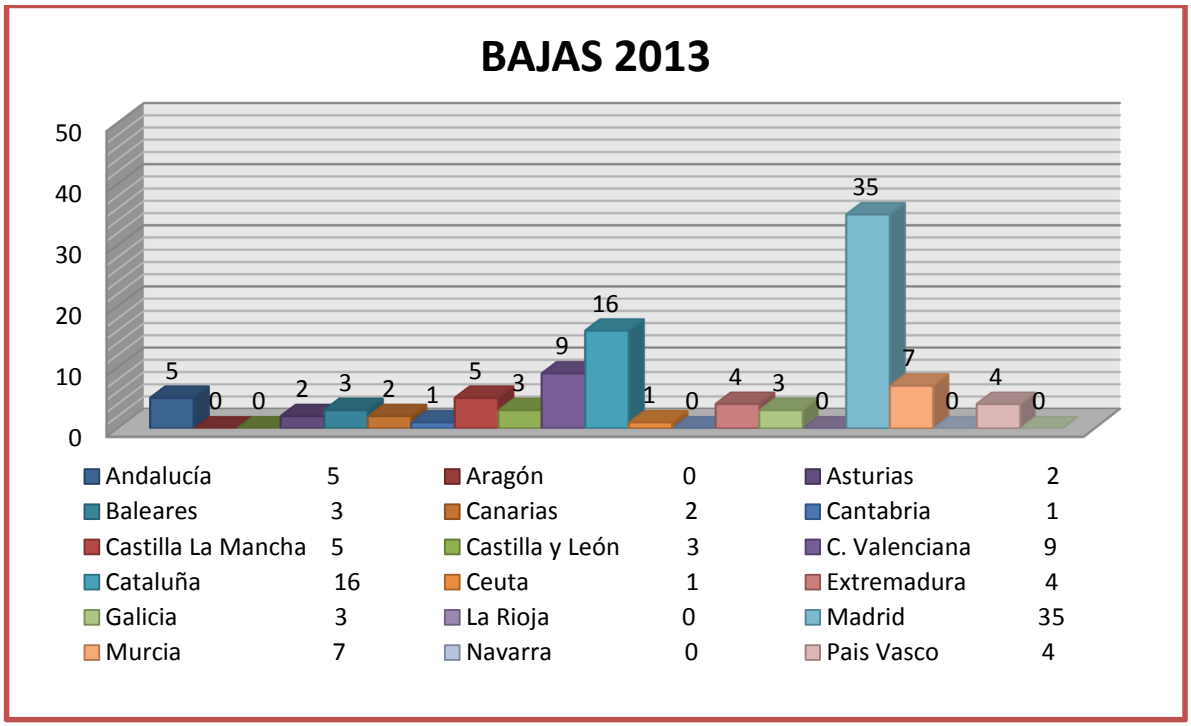




Durante el ejercicio de 2013 se han producido 192 nuevas incorporaciones de socios, cuya distribución por Comunidades Autónomas en la siguiente:



Igualmente, durante el citado ejercicio se han producido 100 bajas de asociados, siendo su movimiento por Comunidades el siguiente:



SOCIO PROTECTOR

- ROCHE FARMA, S.A.
- JOHNSON & JOHNSON, S.A.
- SERMED
- COFELY ESPAÑA, S.A.U.
- FERROVIAL SERVICIOS, S.A.

ENTIDAD COLABORADORA

- OXIMESA GRUPO PRAXAIR
- ASTELLAS PHARMA, S.A
- ELEKTA MEDICAL, S.A.U.
- GRÜNENTHAL PHARMA, S.A.
- PHILIPS IBÉRICA, S.A.
- MÖLNLYCKE HEALTH CARE
- ABBVIE FARMACÉUTICA, S.L.U.
- SMITH & NEPHEW, S.A.
- FUNDACIÓN ECO

ACUERDOS DE COLABORACIÓN

- SANITARIA 2000.
- HL7SPAIN
- FIDISP
- CONFORTEL
- A.M.A., Agrupación Mutual Aseguradora.
- JASSEN CILAG, S.A.
- PLANNER MEDIA, S.L.
- NOVARTIS FARMACÉUTICA, S.A.
- ROCHE, S.A.
- MSD
- UNIDAD EDITORIAL
- FUNDACIÓN ABBOTT
- JOHNSON & JOHNSON, S.A.
- ABBVIE FARMACÉUTICA, S.L.U.
- OXIMESA GRUPO PRAXAIR

- AMGEN
- ALLERGAN

Han apoyado en la realización de sus actividades a la Sociedad durante el año 2013;

- FUJITSU TECHNOLOGY SOLUTIONS, S.A.

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”.

XVIII Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria

20 al 22 de febrero 2013, Bilbao.

Presidente: D. Gregorio Achutegui Basagoiti

“Creando valor sostenible”.

ARTICULOS PUBLICADOS

REVISTA MÉDICA

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

Núm. 144. Enero 2013.	"La seguridad de los pacientes".
Núm. 145. Febrero 2013.	"SEDISA y la reforma sanitaria".
Núm. 146. Marzo 2013.	"Reformas y no recortes".
Núm. 147. Abril 2013.	"Congreso de Hospitales de Bilbao".
Núm. 148. Mayo 2013.	"Creando Valor Sostenible".
Núm. 149. Junio 2013.	"Sanidad 2020, un futuro incierto".
Núm. 150. Julio 2013.	"La Profesión de Directivos".
Núm. 151. Agosto 2013.	"Revista Médica"

Otras intervenciones de D. Joaquín Estévez:

- Entrevista por Gaceta Médica (febrero 2013): "No existe continuidad en la fundación directiva".
- Cinco días entrevista a D. Joaquín Estévez: "Hay que ´empresarizar´ los hospitales".
- A tu Salud Verde entrevista a D. Joaquín Estévez: "Hay políticos que aún prefieren a un gerente afín que un profesional".

- Sector Ejecutivo entrevista a D. Joaquín Estévez: “Los directivos de la salud somos los profesionales con una visión más global del entorno sanitario”.

Artículos publicados de D. Joaquín Estévez:

- Publicación de Directivos de la Salud: “SEDISA reúne en mayo a gestores para abordar la situación del sector”.
- El Economista: “Pide más transparencia”.
- El Economista: “Los gerentes de hospitales piden dejar de ser elegidos ´a dedo ´”.
- Medical Economics: “Crisis económica y crisis sanitaria”.

Intervenciones de nuestra Junta Directiva:

- Entrevista D**. Rafel López Iglesias**: “La Consejería castellano-leonesa regulará las unidades de gestión clínica”. Por Redacción Médica.
- Entrevista **D. Ramón Ares:** “No podemos pararnos: debemos dar lo mejor que existe a los pacientes, de una forma absolutamente racional y colaborando con la industria y los proveedores”. Por El Médico.
- Entrevista **D. Carlos A. Arenas Díaz**: “Necesitamos una gestión más profesional del sistema sanitario”. Por Expansión.
- Entrevista **D. Ramón Ares:** “Aquí no está pasando lo de Madrid”. Por La Voz de A Coruña.

Artículos publicados de nuestra Junta Directiva:

- **D. Mariano Guerrero:** “Los directivos insisten en pedir su carrera profesional”.
- **D. Carlos A. Arenas:** “Los directivos defienden el pago per cápita en todos los hospitales”. En Publicación de Directivos de la Salud.

- **D. Carlos A. Arenas:** “Gestión clínica. ¿Moda o necesidad?”.
- **D. Carlos A. Arenas:** “Deberíamos marcar un límite e gasto para algunos tratamientos”.
- **D. Carlos A. Arenas:** “El gerente que viene”.
- **D. Carlos A. Arenas:** “Organizaciones integradas de salud: el futuro de la sanidad”.
- **D. Manuel Huerta:** “Basta ya de recortes es la hora de las reformas”.
- **“ Las gestión privada llega al rescate de la pública”**

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. DolorsColomsMasfret
- 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 2013

REVISTA SEDISA S.XXI Nº 28 FEBRERO 2013

- **18 Congreso Nacional de Hospitales**
  - **"El estatutario obstaculiza la reforma sanitaria".** D. Manuel Huerta.
  - **"Los directivos defienden el pago per cápita de todos los hospitales".** Junta Directiva de SEDISA. Coordinador: D. Carlos Arenas.
  - **"SEDISA publica su informe sobre profesionalización del colectivo".** Junta Directivos de SEDISA. Coordinadores: D. Mariano Guerrero, Dª. Isabel Tovar, D. Raimon Belenes.
  - **"Especialistas analizan con lupa los modelos de gestión".** D. Javier Barbado.
  - **"Los expertos analizan con lupa los modelos de gestión".** Luzán5
  - **"Cita en Bilbao: el directivo sanitario dialoga con el político".** D. Javier Barbado.
  - **"24 mesas y nueve áreas temáticas atraen a más de mis gestores".** D. Javier Barbado.

➢ **19 Congreso Nacional de Hospitales**

- "Alicante-Elche acogerá el 19º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria en Mayo de 2015".

REVISTA SEDISA S.XXI Nº 29 ABRIL 2013

➢ **Editorial:**

- **"Creando valor sostenible".** D. Jesús Sanz Villorejo.

➢ **Entrevista:**

- **"Separar la Sanidad de la Dependencia no es el camino acertado".** D. Julio Villalobos.

➢ **Artículos:**

- "**Cuidados 2.0: plataforma de innovación colaborativa en cuidados".** Autores: Autores: Domingo Pozo, Manuela (1); Marqués Espí, Juan Antonio (2); Fernández Molina, Miguel Ángel (3); Rodríguez Aguilar, Ginés Ángel (4) Departamento de Salud Alicante. Hospital General (DSAHG) (1) Enfermera Unidad de Procesos Asistenciales y administradora Cuidados 2.0. (2) Gerente DSAHG. (3) Director de Enfermería DSAHG. (4) Subdirector de enfermería del DSAHG.
- **"La Sanidad, no solo una crisis".** D. Sergio Blasco Perepérez. Director Gerente Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
- **"Las áreas administrativas en los centros hospitalarios: una oportunidad para aumentar su rendimiento y eficiencia en un contexto de restricción presupuestaria".** D. Marcos Guerra. Deloitte (Sanidad). Senior Manager.

➢ **Sobre SEDISA.**

- SEDISA y HL7 Spain firman un acuerdo de colaboración.
- La figura del directivo de hospital se asocia al conflicto.
- SEDISA y ANDE donan sendos cheques de 2.000 euros a dos ONG.

➢ **Información de interés.**

- **"Visión de la crisis de la sanidad pública en España".** D. Julio Villalobos Hidalgo.

➢ **18 Congreso Nacional de Hospitales**

- "País Vasco llama a sus directivos a resolver la crisis sanitaria".
- "Los gestores reclaman que se revise el papel de la sanidad privada".
- "Directivos critican la ineficiencia del SNS".
- "Investigar e innovar, prioridades de la cita en Bilbao".
- "Directivos de Son Espases ven clave al "socio tecnológico".
- "BTI expone la reposición tisular como ejemplo de innovación sanitaria".
- Castilla-La mancha iguala el precio del medicamento hospitalario".
- Bilbao cierra el Congreso con una vasta producción científica".
- SEDISA expone su informe sobre el directivo profesional.

➢ **19 Congreso Nacional de Hospitales**

- Alicante-Elche acogerá el 19º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria en Mayo de 2015.

REVISTA SEDISA S.XXI Nº 30 JULIO 2013

➢ **Editorial:**

- "**Los ciudadanos y los servicios sanitarios"**. D. Mariano Guerrero (Secretario de SEDISA).

➢ **Entrevistas:**

- Dª. Mª José Sáenz de Buruga, Consejera de Salud y Servicios Sociales de Cantabria. **"El SNS debe mucho a la fórmula gerencial".**

➢ **19º Congreso Nacional de Hospitales**

- "Una decena de hospitales serán anfitriones de 19º Congreso Nacional de Hospitales de 2015".

➢ **Artículos:**

- **"Eficiencia de las Concesiones Administrativas Sanitarias de la Comunidad Valencias"**. D. Carlos A. Arenas Díaz.
- **"SNS nos preocupa pero no nos ocupa".** D. Jordi Colomer Mascaró.
- **"La Eficiencia desde el cambio en la gestión intermedia".** D. Luis Rosado Bretón.
- **"La evidencia en gestión sanitaria a través del metaanálisis: herramienta para la adecuación".** Dª. Concepción Ceballos Alonso.
- **"Nuevas iniciativas de colaboración público-privado: una solución en un entorno complicado".** D. Marcos Guerra.

➢ **Fundación:**

- Acaba el plazo para optar al Premio Mejor Directivo de 2012.
- El Patronato renueva dos cargos y aprueba sus cuentas.

➢ **Información sobre SEDISA:**

- SEDISA insta a Sanidad a reorientar el modelo hacia los crónicos.
- La sostenibilidad del sistema sanitario, a debate.
- El dolor mal tratado quintuplica el consumo de recursos sanitarios.
- Las unidades de Ortogeriatría permiten reducir el 30 % el tiempo de recuperación del anciano con fracturas de cadera.
- Nuevo objetivo es abordar el dolor con calidad".
- El San Juan de Dios de Aljarafe, premiado por su manejo del crónico.
- Optimizar las terapias biológicas ahorra hasta el 30 % de su coste.
- SEDISA defiende el copago asistencial para disuadir el abuso.

- **Informe Comentados:**
  - **"Coordinación y Atención Sociosanitaria"**. Comentario: D. Julio Villalobos Hidalgo

- **Libros:**
  - **"Aprendizaje social y personalizado: conectarse para aprender"**. Comentario: Dª. Dolors Colom Masfret.
  - **"Otra vida es posible**. **Prácticas económicas alternativas durante la crisis".** Comentario: Dª. Dolors Colom Masfret.

- **Junta Directiva:**
  - La Dirección de SEDISA modifica sus estatutos.
  - SEDISA celebrará sus VI Jornadas en el Hospital de A Coruña.

- **Asamblea de socios:**
  - SEDISA ratifica su plan de acción y presupuesto.

REVISTA SEDISA S.XXI Nº 31 DICIEMBRE 2013

- **Editorial:**
  - "**¿A que esperamos los profesionales sanitarios para ayudarnos y salir adelante juntos?"**. César Pascual.

- **Entrevistas:**
  - **"Debemos recuperar la financiación que nos merecemos".** Manuel Llombart, Consejero de Sanidad de la comunidad Valenciana.

- **Artículos:**

- **"Aproximación crítica al imparto de la telemedicina, teleasistencia y eHealth sobre la asistencia sanitaria a pacientes crónicos".** Santiago Pinto Zaldumbide, Juan del Llano Señarís, y Luis Quecedo Gutiérrez.
- **"Las entidades de base asociativa (EBA): una alternativa a la gestión pública en la provisión de servicios de salud".** Albert Ledesme Castelltort y Antonio Iruela López.
- **"Marco Regulatorio Europeo en Contratación Pública".** Orios Bausà Peris.

➢ **Fundación SEDISA:**

- SEDISA apuesta por profesionalizar a los gestores para mejorar la sostenibilidad.
- Fundación SEDISA nombra a Roche Farma como su patrono.

➢ **Información sobre SEDISA:**

- Galicia exhibe el socio tecnológico y el riesgo compartido como innovaciones..
- Control y evaluadores: asignatura pendiente del SNS.
- El Sergas se plantea incentivar al profesional que gestiona.
- 300 directivos analizan la nueva relación con el proveedor sanitario.
- "Crece la demanda de gestores provisionales".
- Mariano Guerrero gana el XII Premio Reflexiones.
- Cospedal: "Hemos sacado la sanidad de la quiebra".
- El ingreso en casa disminuye la iatrogenia y los costes.
- SEDISA colabora con la compañía navideña de Vita Mundi.
- Un tercio de los medicamentos innovadores son para el cáncer.

➢ **Libros:**

- **Clúters. Estrategia ganadora y trabajo en equipo.** Joan Marti Estévez.

➢ **Junta Directiva:**

- Alejandro López del Val, galardonado por su artículo en "SEDISA S. XXI".

- **Asamblea de socios:**
  - Los socios de SEDISA aprueban su presupuesto para 2014.

PREMIOS REVISTA SEDISA S.XXI 2012

A Coruña, 17 de noviembre de 2013.

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

1ºpremio

"Los Actores del sistema Nacional de Salud en España". **D. José Alejandro López del Val.**

2°premio

"El tamaño (de los Hospitales) sí importa". **D. Jordi Colomer Mascaró.**

3ºpremio

"¿Liderazgo situacional? Liderazgo para la gestión integral de la asistencia". **Dª. Concepción Ceballos Alonso, Dª. Raquel Martínez Iglesias, D. Ricardo García Juan y Zapido N.**

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 febrero de 2013. Madrid
- 18 de septiembre de 2013. Madrid
- 13 de noviembre de 2013. Madrid

Asamblea General

- 20 de junio de2013. Madrid

CONGRESOS Y JORNADAS

A.- Encuentro de Directivos de la Salud Castilla La Mancha.

17 y 18 de enero de 2013. (Parador Nacional de Cuenca).

Los directivos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam) ya han cerrado acuerdos sobre proyectos de gestión clínica en los complejos asistenciales de área establecidos con los agentes sindicales, según ha declarado la directora de Infraestructura y Planificación Económica regional, Amparo Carrión, durante la sesión inaugural del Encuentro de Directivos de la Salud de Castilla-La Mancha, organizada por el grupo empresarial Sanitaria 2000, editor de Redacción Médica, con el auspicio de la Fundación Ad Qualitatem y de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), y que ha contado con el patrocinio de Gasmedi, Dräger y Fresenius Medical Care.

Para Carrión –quien exculpó la ausencia del consejero de Sanidad autonómico, José Ignacio Echániz, debido a la orden dictada por el Tribunal Superior de Justicia autonómico relacionada con el cierre de algunos servicios rurales de urgencias–, "no podemos dejar pasar el tiempo para las medidas de choque destinadas a ajustar estructuras y corregir ineficiencias; tenemos que asegurar que, en una etapa futura, no se reproduzcan las disfunciones del pasado".

En consecuencia –ha zanjado– "debemos incidir en la reorientación de la organización". Junto con Carrión, intervino en la presentación del foro la gerente del Hospital General de Guadalajara,

Cristina Granados; el presidente de Sanitaria 2000, José María Pino, y el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez.

En el turno de las ponencias, el director del Instituto Cardiovascular del Consorcio Hospital General de Valencia, Juan Bautista Martínez, explicó la organización llevada a cabo en aquél y subrayó que, en términos de organización sanitaria, "la accesibilidad no es igual a la proximidad geográfica", y explicó que "queda pendiente el proceso de unificación de servicios sanitarios de alta complejidad, ya que evita duplicidades, mejora la calidad y seguridad, logra economías de escala y mejora la capacidad productiva".

Por su parte, el director gerente del mencionado consorcio hospitalario, puso como premisa para que funcione cualquier experiencia de gestión clínica "que cada servicio regional de salud las incentive", y se refirió, en alusión al Instituto Cardiovascular, a la búsqueda de un operador privado que contribuya a una gestión eficiente conservando la titularidad pública de la entidad. De hecho, enfatizó en que este modelo de gestión clínica "no pone en riesgo la titularidad pública" ya que cede la gestión pero no la soberanía de los organismos.

Eduardo Fraile, director de la Unidad Central de Radiodiagnóstico de la Comunidad de Madrid, aportó diversos ejemplos de ahorro y costo-eficiencia como, por ejemplo, la historia clínica electrónica y sistemas informáticos compartidos con dependencia orgánica centralizada. Según informó, en 2012 se han realizado más de 700.000 pruebas diagnósticas en los hospitales madrileños dependientes de la unidad que dirige, y señaló que se ha percibido un aumento de las consultas y una disminución de las urgencias.

En el aspecto económico, Fraile se refirió a la entidad de la que es director para presumir de una "tendencia a la baja mantenida en el tiempo en los gastos", lo que la convierte en una de las unidades más rentables de la Comunidad de Madrid.

Por último, Jaume Sellarès, gerente del Equipo de Atención Primaria de Sardenya (Barcelona), explicó cómo funcionan las entidades de base asociativa (EBA), fórmula de gestión que transfiere competencia decisoria a los profesionales y que se desarrolla en Cataluña.

En alusión a los datos obtenidos por el equipo que encabeza, destacó que se encuentra en el grupo de los más destacados en cuanto a prácticas y procesos de salud, así como en contención

del gasto farmacéutico en relación con la media de Cataluña (once millones de euros de ahorro en los últimos años). Como conclusión, aseguró que las EBA obtienen buenos resultados en salud y reciben una buena acogida por parte de los enfermos.

B.- Encuentro de Directivos de la Salud Castilla y León

31 de enero y 1 de febrero de 2013. (Parador Nacional de Zamora).

Al consejero de Sanidad de Castilla y León, Antonio Sáez, no le interesa demasiado el actual debate sobre sanidad pública o privada: "Es evidente que hay una discusión enorme al respecto, en toda España, pero yo creo que es un debate con pocas miras, de escasa altura". La confesión la ha transmitido este jueves ante la práctica totalidad de gerentes sanitarios (de área, de hospital y de Atención Primaria), reunidos por Sanitaria 2000, grupo editorial de Redacción Médica, en el Parador de Zamora.

El escaso interés que le provoca un tema que está generando una notable controversia social en autonomías como Madrid o Castilla-La Mancha es debido a su convencimiento en la valía del modelo público, por el que va a seguir apostando la Junta de Castilla y León: "He insistido otras veces y lo vuelvo a hacer ahora. En Castilla y León vamos a mantener nuestro sistema de provisión pública. No creemos que haya evidencias de que la gestión privada sea más eficiente que la pública. Además, parece que en España se vaya a privatizar toda la sanidad y esto no es así"

A su juicio, el auténtico debate debería ser cómo gestionar mejor con las actuales restricciones que afectan a la economía y, por extensión, a la sanidad. Porque lo cierto es que las administraciones tienen dificultades para introducir cambios: "De hecho, late la idea de que los recortes han sido más grandes de lo que en realidad han sido. Pese a lo que se diga, en la sanidad casi nadie ha perdido su trabajo y las consecuencias sobre los pacientes han sido mínimas, si acaso en la accesibilidad al servicio. Y al final, te das cuenta de que apenas podemos prescindir de los peores profesionales, pero tampoco estimular a los mejores".

Con casi todos los directivos sanitarios de la autonomía presentes, Sáez no ha desaprovechado la ocasión para mandarles un mensaje nada velado. Les ha pedido que se alejen de la burocracia y que asuman el reto de la profesionalización: "Un gerente debe estar más pendiente de trabajar por objetivos que de que se cumplan las normas, que es un cometido que puede estar perfectamente en el ámbito de los clínicos". En este sentido, el consejero ha vuelto a subrayar el valor de una de sus grandes apuestas políticas: la progresiva introducción de la gestión clínica en todo el sistema sanitario de Castilla y León.

El Encuentro, que se celebra entre hoy y mañana, es una más de las actividades que organiza Sanitaria 2000 en el ámbito de la sanidad, en este caso con el auspicio de la Sociedad Española de Directivos de la Salud.

C.- La Gestión Privada de la Sanidad pública, ventajas e inconvenientes.
5 de febrero de 2013. Alicante (Sede Ciudad de Alicante).

El pasado 5 de febrero se celebró en la Seu Oberta, la Mesa Redonda **"La gestión privada de la Sanidad Pública, ventajas e inconvenientes".** Organizada por la Universidad de Alicante (UA) y El País. A continuación, mostramos un resumen y la grabación de esta mesa.

Intervención de Ana Laguna Pérez. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UA. Moderadora de la Mesa.

La Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud resaltó el debate abierto y apasionado sobre la "privatización" de la sanidad pública. Esta polémica se ha visto acrecentada con las protestas

desatadas en respuesta a la decisión del Gobierno Autonómico de Madrid a ceder a empresas privadas la gestión de seis hospitales y 27 centros de salud y ello porque la mayoría de afirmaciones sobre la mayor o menor eficiencia del modelo de concesión propugnado se lanzan sin datos que las avalen suficientemente. Pero realmente, ¿qué modelo es el mejor? ¿Cómo se evalúa y cómo se incentiva? Y, sobre todo, ¿cómo se regula?

Explicó que algunos expertos en economía de la salud, señalan acuerdos en algunos puntos cómo son:

1. No debe ser cuestión de ideología, sino de quién consigue mayor eficiencia social.
2. No hay soluciones universales, sino soluciones locales
3. Es aconsejable propiciar formas alternativas de organización, controladas y evaluadas. Huir de un modelo único para poder comparar, ajustado claro a variables que las organizaciones evaluadas no controlan (Vicente Ortún)
4. La diversidad organizativa puede enriquecer al sistema sanitario, aportando frentes por los que avanzar y referentes de comparación para los centros sanitario (Beatriz González)
5. Por otro lado, las barreras de información en el SNS, impiden o dificultan las comparaciones entre modelos y esto es un hándicap importante. La falta de transparencia y el acceso a las bases de datos de la Administración dificultan que el proceso se desarrolle sin desconfianza.

Otros datos, en especial la variabilidad en gasto hospitalario por habitante, señalan en cambio, que ambos modelos de gestión tienen importantes espacios de mejora de la eficiencia.

Según Salvador Peiró, experto del Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Lo importante, más que el modelo de gestión elegido, es buscar sin prejuicios las formas de mejorar la eficiencia en todas las organizaciones sanitarias y garantizar su solvencia.

Intervención de Don Jose María Abellán: Prof. Titular de Economía de la Salud de la Universidad de Murcia. Licenciado y Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales

Ante la pregunta de la moderadora sobre la sostenibilidad financiera del SNS, y sobre las diversas líneas de reforma para afrontar la insostenibilidad del sistema desde el gobierno central y las CC.AA; el profesor Abellán afirmó que según todas las previsiones de crecimiento disponibles, incluidas las del Gobierno de España, coinciden en señalar que ninguna Comunidad Autónoma tiene garantizada la sostenibilidad de su sistema sanitario en el horizonte 2012-2015.

También se le pidió al ponente una breve revisión de las diversas formas de "privatización" de la gestión sanitaria. El profesor Abellán puntualizó que usualmente no se utiliza correctamente el término privatización, ya que se utiliza incluso para modelos de gestión pública. Los diferentes modelos de privatización son :

- Material: Incluye financiación y producción privada, por tanto la asistencia deja de ser competencia y responsabilidad de los poderes públicos. Por el momento, la legislación española, no permite este modelo.

- Funcional: En este caso, la financiación es pública y la producción se realiza indirectamente, a través de entidades privadas. Es el llamado "Modelo Alcira".

- Formal: financiación y producción son públicas pero en un marco jurídico flexible. La gestión se cede a sociedades mercantiles.

Abellán citó como ventajas teóricas de los modelos Funcional y Formal 1) la apertura a la competencia y la transferencia de riesgos, 2) gestión profesional 3) flexibilización laboral. Sin embargo, para que estas ventajas fueran reales debe existir una competencia real y que los ahorros potenciales sean mayores que los costes de transacción (por ejemplo la inyección de dinero en Ribera Salud)

Intervención de Doña Elisa Tarazona Ginés. Directora de Organización y Gestión Asistencial del grupo Ribera Salud.

La exposición de la Dra. Tarazona giró en torno a la pregunta sobre las ventajas que puede suponer la gestión privada para la administración y para los ciudadanos. Para responder a la

cuestión, se centró en la descripción del llamado Modelo Alzira. Aseguró que este modelo permite una gestión más flexible de la sanidad. Su financiación es pública, con un contrato con la administración de 15 ó 20 años, su rentabilidad se fija en un máximo de 7.5% y se diseña un Plan de Inversión. La administración paga a la concesionaria según población atendida. La financiación capitativa (canon/habitante) no incluye transporte, prótesis ni oxigenoterapia. Según los datos presentados, este modelo supone un 25% de ahorro para la administración.

Este modelo se apoya en 3 ejes que son: 1) la integración asistencial (lo más importante no es el hospital, si no los agentes de salud), 2) el sistema de información sanitaria totalmente informatizado, 3) Profesionales altamente cualificados.

Según Tarazona, las ventajas de este modelo principalmente serían: 1) gasto fijo para la administración, 2) compromiso de inversión de la concesionaria, 3) menor coste, 4) el ciudadano participa en su salud. El inconveniente de este modelo puede darse cuando la administración no tiene el control. Acabó su participación afirmando que "al paciente no le importa quién gestiona, sino cómo se gestiona"

Intervención de Don Carlos Arenas. Vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud.

La presentación de Carlos Arenas, giró en torno a dos preguntas: 1) ¿qué datos tiene la Sociedad Española de Directivos de la Salud sobre la eficiencia de las concesiones comparativamente con los departamentos públicos de la Comunidad Valenciana?¿Cuáles son los factores clave para conseguir una buena gestión que consiga la eficiencia del sistema?

Según los datos presentados, en general de media los departamentos de gestión "alternativa a la gestión directa administrativa (incluyendo, no sólo concesiones de gestión privada sino también públicos como son las empresas públicas, consorcios, fundaciones, etc..) tienen mejores resultados en el benchmarking. La gestión alternativa se rige por el derecho mercantil y laboral privado que ofrece ciertas ventajas como es la flexibilidad laboral. Por el contrario, el derecho

público administrativo permite que se puedan hacer ajustes globales y lineales y con menos costes administrativos. Lo importante en gestión no es la titularidad.

Arenas considera que en los nuevos hospitales deberían considerar ser gestionados de modo "alternativo" (no por gestión pública directa) y se debe modificar el estatuto del personal sanitario. Advirtió que los proveedores deben ser eficientes y se deben evitar oligopolios.

Intervención de Don Carlos Álvarez-Dardet. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Publica, Director del programa de Doctorado en Ciencias de la Salud en la UA.

A Alvarez-Dardet se le pidió su opinión como Catedrático de Salud Pública sobre la eficiencia de los proveedores privados, el impacto en salud de las reformas y sobre el modelo de colaboración público privado de la Comunidad Valenciana.

Carlos desmintió el mantra de que el sector privado funcione mejor (idea que aparece desde la caída del bloque comunista, por la incapacidad de la economía planificada para asignar precios). No ha sido así en otras privatizaciones en España (como en Campsa o en las telecomunicaciones).

Ningún país del mundo ha creado monopolios privados para atender la sanidad, ni siquiera las HMOs en EEUU son monopolios, el etos de las compañías es crucial, y en España están siendo compañías privadas sin ninguna relación previa con el sector.

En este sentido, los principales problemas del modelo Alcira son: a) cláusulas abusivas de rescisión, 2) el precio per cápita, sube sube y sube, 3) usencia de financiación de algunos servicios que si se prestan (hemodiálisis, metadona etc), 4) proximidad al regulador (rescate y aumento pactado de precios).

El impacto en salud se producirá primordialmente por: 1) el objetivo de las empresas será el beneficio económico, no la mejora de la salud, 2) el carácter inflacionista de los oligopolios hará insostenible el sistema 3) la equidad será un objetivo inalcanzable.

Doña Begoña Bevía. Prof asociada de Salud Mental en la Facultad de Ciencias de la Salud. Miembro de la Asociación Ciudadana para la Defensa de la Sanidad Pública.

A la Prof. Bevía se le plantearon 3 cuestiones para ser respondidas desde el punto de vista de : 1) ¿Cuál es el balance que hacen de la actuación del gobierno central y de la Comunidad Valenciana en materia de salud?, 2) ¿Consideran que es necesaria la privatización de los servicios de salud?, 3) ¿Consideran que puede ser beneficiosa la colaboración público- privada?

Comenzó su exposición afirmando que el momento de recortes, aumentará la pobreza y las desigualdades sociales, y por tanto las probabilidades de enfermar. En el RD- Ley 16/2012 de 20 de abril se restringen las prestaciones sanitarias, de modo que se creará una sanidad para ricos, los que puedan pagar seguros privados y otra para pobres.

Al igual que el Prof. Alvarez-Dardet, señaló que aunque exista un supuesto control por parte de la administración en la colaboración público- privada, existe demasiad cercanía entre gobierno y empresa.

Afirmó que esta la colaboración público- privada tiene efectos en salud negativos, como mayor tasa de mortalidad evitable en hospitales gestionados por entidades con ánimo de lucro, relacionada con menor número de profesionales y menos especializados.

Bevía señaló que desde la década de los 80 el gasto público en salud disminuye mientras aumenta el gasto en sanidad privada. El Hospital de la Ribera ha incrementado su canon por habitante un 73.9% desde 2003. Además hay que tener en cuenta que esta cápita no incluye el gasto farmacéutico ambulatorio, el transporte sanitario (ambulancias), la oxigenoterapia, la ortopedia y el dispositivo SAMU, que corre a cargo de la Administración. Tampoco incluye intervenciones de Salud Pública (vacunaciones, programas de salud…).

Los **comentarios del público** asistente en el turno de palabra abierto, se centraron principalmente en la falta de datos fiables y en la guerra de cifras entre los participantes en la mesa. Estas cifras no suelen incluir datos sobre impacto en salud de estas reformas. Además se comentó la falta de información sobre las futuras reformas de gestión de centros de atención

primaria y hospitales que la Comunidad de Madrid ha anunciado, y lo arriesgado de esta reforma.

D.- Encuentro de Directivos de la Salud Comunidad Valenciana.

7 y 8 de febrero de 2013. Alicante (Parador Nacional de Jávea).

La Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana está dispuesta a acabar con las grandes diferencias en el gasto en farmacia en el que incurren los diferentes departamentos de salud. Para ello, elaborará un marco normativo adecuado que permita a las gerencias limar una brecha que alcanza los 1,8 euros de coste medio por receta entre el departamento que más gasta y el que menos, según ha informado el secretario autonómico, Manuel Escolano, durante la inauguración del Encuentro de Directivos de la Salud de la Comunidad Valenciana, celebrada este jueves en Jávea (Alicante). El foro, organizado por Sanitaria 2000, cuenta con el auspicio de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y de la Fundación Ad Qualitatem, y ha dispuesto asimismo del patrocinio de Dräger, Elekta, Fresenius Medical Care, Roche y Gasmedi.

La cita, organizada por el grupo editorial Sanitaria 2000 con el auspicio de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), reúne entre este jueves y el viernes a setenta gerentes y responsables de hospitales y departamentos de salud procedentes de toda la Comunidad.

Escolano se ha dirigido a los presentes reclamándoles un esfuerzo de austeridad en su labor diaria, "porque tenemos un problema de financiación muy importante, que nos condiciona enormemente y limita nuestra capacidad de maniobra".

A su juicio, la farmacia es uno de los pilares en los que se debe medir el renovado compromiso de la

Conselleria por ser más eficientes, asegurando la mayor calidad asistencial posible: "Las políticas farmacéuticas son muy importantes. Deben ser explícitas y orientadas hacia la racionalidad, garantizando a la vez la equidad y la calidad del servicio".

El problema de financiación de la sanidad valenciana no es nuevo, aunque Escolano ha aprovechado la ocasión para volver a reclamar una solución urgente: "Tenemos un déficit arrastrado y una gran falta de liquidez debido a que estamos por debajo de la media estatal en financiación per cápita. Necesitamos un nuevo sistema que nos resuelva este gran problema".

Otros ámbitos en los que la Conselleria fijará sus líneas de actuación preferentes serán la atención sociosanitaria y la cronicidad, la mayor utilización de la información en indicadores disponibles y la profesionalización de los gerentes y directivos de la salud, muy en sintonía con las reclamaciones que SEDISA lleva presentando a las diferentes administraciones sanitarias en los últimos tiempos.

Para Joaquín Estévez, presidente de SEDISA, la Comunidad Valenciana está, junto al País Vasco, a la vanguardia del Sistema Nacional de Salud en modelos y fórmulas de gestión. "Podéis sentiros orgullosos de vuestro trabajo diario", les ha dicho a los gerentes. Además, ha insistido en el argumento de SEDISA de que no importa quién sea el provisor de servicios, si público o privado, lo importante es que la gestión sea eficiente y la asistencia, de la máxima calidad.

En la inauguración también han intervenido José Antonio Marqués, director gerente del Departamento de Marina Baixa y presidente del Comité Organizador del Encuentro, que ha presentado a los ponentes y mesas de debate, y José María Pino, presidente de Sanitaria 2000, que ha ratificado el compromiso del grupo editorial por seguir prestando atención preferente al colectivo de directivos de la salud en toda España.

E. – 18 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria

20 al 22 de febrero de 2013. Bilbao (Palacio Euskalduna).

Jornada Precongresual

Las enfermedades musculoesqueléticas causaron nueve millones de bajas laborales en 2012 y se revelaron de este modo como la principal razón de absentismo en el trabajo junto con la patología respiratoria, según han apuntado reumatólogos y gestores de programas específicos para tratarlas en un foro celebrado en Bilbao la víspera de la inauguración del 18º Congreso Nacional de Hospitales, que se celebra esta semana y han organizado la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).

En esta sesión, diversos especialistas han explicado la marcha del “Proyecto Salud y Trabajo”, encaminado a reducir la repercusión negativa de esta clase de procesos y que se ha implantado en varios hospitales españoles como el Marqués de Valdecilla de Santander, el Clínico San Carlos de Madrid, el General de Alicante y La Fe de Valencia, entre otros.

Juan Ángel Jover, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, recordó el “impacto económico y en la calidad de vida de las enfermedades musculoesqueleticas, primera causa de discapacidad en diversos colectivos sociales”, según apuntó y corroboró después Josefina Jardí, gerente del Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas y Sanitarias de Barcelona: “En 2012, casi nueve millones de bajas laborales se debieron a esta clase de enfermedades, sin duda el grupo diagnóstico que más las provoca seguido de la patología respiratoria que, además, requiere de menos días de recuperación”.

Por su parte, el subdirector de Continuidad Asistencial del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, explicó el proyecto del centro dirigido a la atención temprana de enfermedades musculoesqueléticas, para el que se dispone de una unidad compuesta por dos reumatólogos y dos especialistas de rehabilitación que extienden su trabajo al campo de la Atención Primaria. “Conseguimos una reducción del 32,7 por ciento en el número de bajas por estas enfermedades de causa musculoesquelética en el plazo comprendido entre agosto de 2011 y 2012, y comprobamos la correlación de este resultado con la aplicación del programa”, señaló.

Por último, Antonio Bañares, director del Departamento de Gestión Sanitaria y Relaciones Internacionales de AbbVie España, resaltó que, en el campo de las bajas laborales, se cuenta con la ventaja de conocer qué enfermedades las provocan y qué coste originan, lo que aporta capacidad de maniobra a los gestores en aras a preservar el sostenimiento del sistema sanitario.

Intervención de Cristina Garmendia

Por otra parte, la exministra de Ciencia e Innovación del gobierno socialista, Cristina Garmendia, ha emplazado a las empresas biofarmacéuticas "que quieran permanecer a la vanguardia del sector biomédico" a apoyar a los diversos agentes del sector sanitario "como las asociaciones de pacientes, los colectivos profesionales y los grupos de investigación". Y ha reconocido que, en momentos como el actual, los recursos públicos también deben reconducirse "para sostener la investigación biomédica que supone nuevas oportunidades de tratamiento de enfermedades".

Garmendia hizo estas declaraciones en el mismo foro previo al 18º Congreso Nacional de Hospitales, que se celebra esta semana en Bilbao y que fue patrocinado por la biofarmacéutica AbbVie, representada por su presidente, Esteban Plata.

María Rivas, vicepresidenta de Global Medical Affairs de AbbVie, ha enumerado los principios activos comercializados y en fase de ensayo clínico de la compañía para el tratamiento de las enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, la artritis soriásica y la enfermedad de Chron, entre otras. Rivas hizo especial énfasis en patologías como la nefropatía diabética, la esquizofrenia, la endometriosis o los miomas uterinos, para los que existen terapias susceptibles de mejorarse.

Preguntada por el periodista Manuel Campo Vidal, la exministra aludió al sector de la salud como objeto de las iniciativas innovadoras, y emplazó a estudiar de qué tecnologías se dispone en España para este fin: “Tenemos el reto de un sistema de salud que tiene en entredicho la

sostenibilidad de los servicios que presta", recordó. Y, en este contexto, aseguró su constancia de que la voluntad de compañías como AbbVie pasa por respaldar los ensayos y actividades clínicas punteros que se llevan a cabo en el país.

"Para España, empresas como AbbVie constituyen el catalizador que necesitamos para hacer más eficientes los procesos del sector sanitario", aseveró, y recordó que, en sus orígenes profesionales, el punto de inflexión de la compañía en la que trabajaba fue la inversión de las farmacéuticas en ella.

El presidente de la biofarmacéutica, Esteban Plata, resumió la filosofía de la empresa en "mejorar el estado de salud de las personas" y redujo el resto de objetivos en servir de medios para alcanzar esa meta. "Hemos sido capaces de razonar que, pese a la situación de crisis, existe una virtud en el término medio", añadió en alusión a las inversiones de la compañía.

60 Gerentes de hospitales público y privados de toda España han participado en el Proyecto Amphos, que respalda la compañía AbbVie, tal como ha explicado Antonio Bañares, director del Departamento de Gestión Sanitaria y Relaciones Internacionales de la biofarmacéutica en España: "Hemos decidido aportar el entorno y el método que permitiera a los directivos debatir sobre el sostenimiento del sistema sanitario", señaló. "Se trata de que la información de que disponen se ponga a disposición de las autoridades sanitarias para que cristalizara en forma de recomendaciones de actividades precisas en aras a ese sostenimiento", remarcó.

Según uno de los autores del informe, el gerente del Hospital General de Albacete, José Luis de Sancho, “hablar de autonomía de gestión ha sido un aspecto importante del trabajo que, en un principio, partió de un grupo más reducido de gerentes y después se amplió hasta loa 60, quienes contaron con la ayuda de un consultor y completaron un total de 80 horas de trabajo”.

Mario González, gerente del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, resaltó el valor “del momento” en que AbbVie ha lanzado este proyecto y el hecho de que haya tenido en cuenta a los directivos de la salud como su principal soporte. Por su parte, César Pascual, gerente del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, se refirió al documento como un trabajo abierto a nuevas aportaciones y precisó que éstas, en cualquiera de los casos, no pueden obviar el abordaje del problema desde un punto de vista costo-eficiente.

Inauguración

Más de 1.600 profesionales del ámbito de la gestión y de la asistencia sanitarias en España se han congregado con motivo del 18º Congreso Nacional de Hospitales, que se celebra esta semana en el Palacio Euskalduna de Bilbao y que ha sido inaugurado por autoridades políticas del País Vasco como el alcalde de la ciudad, Iñaki Azcuna, y el propio consejero de Salud autonómico, Jon Darpón, además de por los presidentes de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) –entidades organizadoras– , Joaquín Estévez y Jesús Sanz, respectivamente, además de por la presidenta del Comité Científico del foro, Carmen Yarritu.

En este contexto, Darpón ha llamado a consolidar el servicio vasco de salud sin recurrir a "fórmulas abusivas" como el copago, sea el farmacéutico o el de cobro de la asistencia, y ha puesto el acento "más que nunca" en la preservación de una prestación sanitaria pública, universal y equitativa para los enfermos.

Según ha precisado Darpón, en los próximos años, en el servicio de salud vasco (Osakidetza) "profundizaremos en los principios de universalidad y de equidad económica de la sanidad, ahora más que nunca, teniendo en cuenta que la salud es mucho más que la asistencia. Potenciaremos, pues, un servicio de salud público para garantizar la sostenibilidad de propio sistema, y, para ello, tenemos una sola receta: la doméstica que utiliza toda familia, es decir, prescindir de lo accesorio, racionalizar los servicios, comprar mejor, evaluar y actuar en consecuencia y con sentido común".

El mandatario se ha referido a las infraestructuras y a los profesionales de Osakidetza: "Con este capital seguiremos avanzando en coordinación con el resto de departamentos del Gobierno, como los que hacen políticas sociales y de educación. Nos proponemos consolidar un modelo donde el paciente pueda ser atendido en su propia lengua sin demagogias, y pensamos que es posible hacerlo prescindiendo de medidas abusivas", ha añadido en alusión a las fórmulas de copago en general.

Conferencia inaugural

Nuria Chinchilla, directora del Centro Internacional Trabajo y Familia del IESE Business School de Barcelona, ha pronunciado la conferencia de inauguración del congreso, en la cual ha reivindicado la adaptación del entorno laboral a las necesidades personales y familiares de los profesionales españoles, y ha denunciado el egocentrismo y la búsqueda de beneficios a toda costa, que considera causas constatadas del fracaso de muchas empresas y organizaciones.

En este contexto, ha citado la responsabilidad social corporativa como la clave para potenciar los valores empresariales, y ha rememorado al científico Albert Einstein para criticar la "incompetencia" de los líderes desprovistos de talento tan necesario para que las empresas y hospitales remonten la crisis económica, y, en este sentido, se ha referido a "cambiar la mentalidad" y fomentar la colaboración entre asociados, partners y profesionales. Al mismo tiempo, ha alertado de los peligros de la adicción al trabajo, que ha tildado de errados por cuanto alientan la capacidad destructora de las organizaciones sanitarias o de otra índole.

"Los entornos empresariales que son más flexibles son mucho más competitivos y productivos", ha precisado, y ha incidido en asuntos como la maternidad, retrasada y desfavorecida en España, por cuanto constituye un reflejo directo del bienestar de las personas y potenciales trabajadores.

Conclusiones

El directivo profesionalizado como tal en el sector sanitario por medio de una formación reglada y una experiencia previa contrastable debería preservarse como figura de gran utilidad en el Sistema Nacional de Salud, máxime en la situación actual de crisis económica y déficit presupuestario. Los presidentes de la Asociación Nacional de Directivos de la Salud (ANDE) y de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Jesús Sanz y Joaquín Estévez, respectivamente, han conversado con *Redacción Médica* para recopilar las principales conclusiones del 18º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria celebrado hace poco más de una semana en Bilbao.

Valoren el éxito del Congreso en cuanto a asistencia, número de *stand*, repercusión de las comunicaciones y pósteres…

Jesús Sanz, presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE): El 18º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, organizado conjuntamente por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) constituye el evento que mayor número de directivos sanitarios y representantes de distintos sectores relacionados reúne.

El programa científico era muy atractivo: estructurado en nueve áreas temáticas, ha dado cabida a 25 mesas redondas, siete talleres, cuatro desayunos con expertos, tres conferencias, 130 ponentes en total y 723 comunicaciones y pósteres. Sin duda, la importante respuesta del colectivo, 1.600 inscritos y más de 120 stand no se justifican solamente por este motivo; también es importante tener en cuenta que el Congreso de Hospitales es prácticamente el único foro científico donde, cada dos años, con un carácter multidisciplinar y multiprofesional, se comparten conocimientos y experiencias relacionadas con la gestión de las instituciones sanitarias en nuestro país sin renunciar al análisis comparado con otras realidades de nuestro entorno.

Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA): Añadiré que estamos muy satisfechos por el récord de asistencia, por el nivel de los asistentes y por la gran repercusión que ha tenido el foro en empresas que trabajan total o parcialmente en el sector sanitario, sean entidades asociadas a Farmaindustria, Fenin u otras organizaciones del sector, de tal modo que nos han manifestado que, para ellos, se trata del Congreso al que más les interesa asistir en este momento al ser un encuentro de referencia y estar muy bien organizado, por lo que nos animan a seguir adelante.

Asimismo, algunos de los directivos que han acudido nos han dicho que, en su opinión, se ha presentado el mejor programa científico elaborado hasta la fecha.

En el Congreso se han presentado diversos informes: ¿qué aportan y qué podrían aportar los directivos de la salud, en este momento, al Sistema Nacional de Salud?

Jesús Sanz: La mejor manera de proporcionar respuesta a su pregunta es recoger las cinco "ideas-fuerza" en las que se pueden sintetizar las conclusiones del Congreso y que fueron presentadas en el Acto de Clausura por Carmen Yarritu, presidenta del Comité Científico: en primer lugar, no podemos responder a los problemas de hoy con las soluciones de ayer. Es imprescindible rediseñar las organizaciones dotándonos de nuevas estructuras y nuevos diseños organizativos, pero, sobre todo, de nuevas estructuras mentales, reinventándonos nosotros mismos primero (desprogramarnos para una nueva programación).

En segundo lugar, resulta imprescindible colocar al paciente por un lado en el foco del sistema, y, por otro, contar con los profesionales. El principal reto consiste en implantar con decisión un diálogo colaborativo entre pacientes, profesionales, organizaciones públicas y privadas y la sociedad. En tercer lugar, para abordar esto necesitamos un verdadero liderazgo, abierto y participativo, que se apoye en valores como la honestidad, la confianza, la creatividad y el compromiso y que transcienda la mera gestión.

En cuarto lugar, un aspecto clave que ha estado presente en todas las sesiones y en numerosas intervenciones a lo largo del Congreso ha sido la profesionalización de los directivos. Mientras como colectivo no seamos capaces de afianzar un salto cualitativo y sustancial en este sentido, difícilmente las organizaciones sanitarias alcanzarán los objetivos que todos los grupos de interés de los sistemas de salud deseamos y exigimos. Tenemos la responsabilidad de evitar la pérdida del capital intelectual en nuestras organizaciones.

En quinto lugar, el Congreso entiende como sostenibilidad la consecución de valor para el ciudadano (foco del sistema) por medio de la interacción de: una gestión profesional; una aportación de técnica, conocimiento y servicio de las empresas; y la creatividad y el compromiso de los profesionales. Debiendo las administraciones públicas facilitar un entorno organizado y favorecedor.

Joaquín Estévez: Para nosotros, el informe más relevante dado a conocer en el foro ha sido el de la profesionalización de los directivos de la salud. Es el primer objetivo de SEDISA: conseguir que los políticos se den cuenta de que, con directivos profesionales, van a tener más éxito en sus cifras asistenciales y económicas y mejores resultados en sus centros e instituciones. Por otro lado, debemos insistir en las conclusiones del Congreso –ya citadas por Jesús– y en los documentos sobre sostenibilidad y necesidad de reformas en lugar de rupturas que hemos presentado desde SEDISA en las últimas semanas.

¿Está a favor de la colaboración público-privada en hospitales y centros de salud, o de ir más allá y llevar cabo reformas estructurales? ¿A qué conclusiones se ha llegado en el Congreso a este respecto?

Jesús Sanz: La colaboración público-privada viene siendo una realidad en nuestro sistema sanitario. El verdadero debate radica en cuál debe ser el nivel de esta colaboración; desde mi punto de vista, antes de profundizar en esta colaboración o de incrementar la participación de la privada es absolutamente necesario trabajar para eliminar o minimizar las importantes bolsas de ineficiencia que el sistema tiene, pero ello no será posible sin una firme decisión de los responsables políticos, el trabajo comprometido de los directivos y la imprescindible participación de los profesionales.

En nuestro país, disponemos ya de experiencias muy diversas de las que podemos sacar importantes conclusiones tendentes a la permanente búsqueda de la racionalización de nuestras estructuras para conseguir que sean más efectivas y eficientes a la hora de gestionar los nuevos escenarios sin cambiar de modelo. El Congreso ha ofrecido una oportunidad inigualable para su discusión.

En cuanto a su segunda pregunta, podría decirle que la principal conclusión es que ha existido un profundo debate en el que se han puesto de manifiesto las distintas alternativas, a veces difícilmente compatibles, desde las diferentes opciones ideológicas.

Joaquín Estévez: Como ya decimos en nuestros documentos, nosotros no demonizamos ni ensalzamos ningún modelo. Pero, evidentemente, estamos en contra de que no se modifiquen las reglas de juego, es decir, la legislación y los reglamentos en materia de contratación de recursos humanos y materiales en nuestros centros sanitarios. Y estamos a favor de acercar a una fórmula empresarial a nuestros centros, y apoyamos algunas de las iniciativas que se han llevado a cabo, ya que permiten una gestión más flexible, menos rígida y burocrática y tendiendo a lo que nosotros defendemos: que el hospital es una empresa prestadora de servicios sanitarios; por lo tanto, si está dotada de mecanismos ágiles, la gestión es mejor y se consigue mayor eficiencia, competitividad y calidad.

Y, evidentemente, también estamos a favor de los modelos de colaboración público-privada, porque creemos que el sistema sanitario ha de nutrirse de todos sus recursos. Y sabemos que el producto interior bruto (PIB) sanitario está integrado por un 6,9 que aporta la sanidad pública aproximadamente, y el 2,5 por ciento correspondiente a la sanidad privada. Son dos sectores que tienen que colaborar e ir de la mano y tener las mismas reglas de juego para ambos.

¿Se ha escuchado en el Congreso la demanda de un Pacto por la Sanidad que implique a los directivos sanitarios, entre otros agentes, o esta cuestión no está ahora sobre la agenda de prioridades de la agrupación que preside?

Jesús Sanz: Parece evidente que, en una situación como la que os encontramos, es absolutamente imprescindible un Pacto por la Sanidad; sin embargo, tengo la impresión de que ha dejado de estar en la primera línea de la agenda, ya que hay demasiada tensión y escasa voluntad política para avanzar en este tema.

Desde ANDE estamos trabajando junto con otras entidades (sindicatos, sociedades científicas…) para mantener una estrategia de actuación conjunta y coordinada para asegurar el

mantenimiento y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, un sistema referente a nivel internacional que genera riqueza, empleo y grandes beneficios a los ciudadanos, además de contribuir de forma decidida a la cohesión social, con un coste inferior a la media de los países de nuestro entorno.

Joaquín Estévez: Nosotros vemos absolutamente necesario ese Pacto por la Sostenibilidad. Creemos que ya basta de medidas cortoplacistas, pues es necesaria una visión estratégica a medio y largo plazo, y también hay que escuchar a todos los agentes del sector y no solo a los políticos: sociedades científicas, colegios profesionales, stakeholder, centrales sindicales, asociaciones de pacientes, de ciudadanos… Todos debemos estar representados en ese pacto, y ya basta, insisto, de politización.

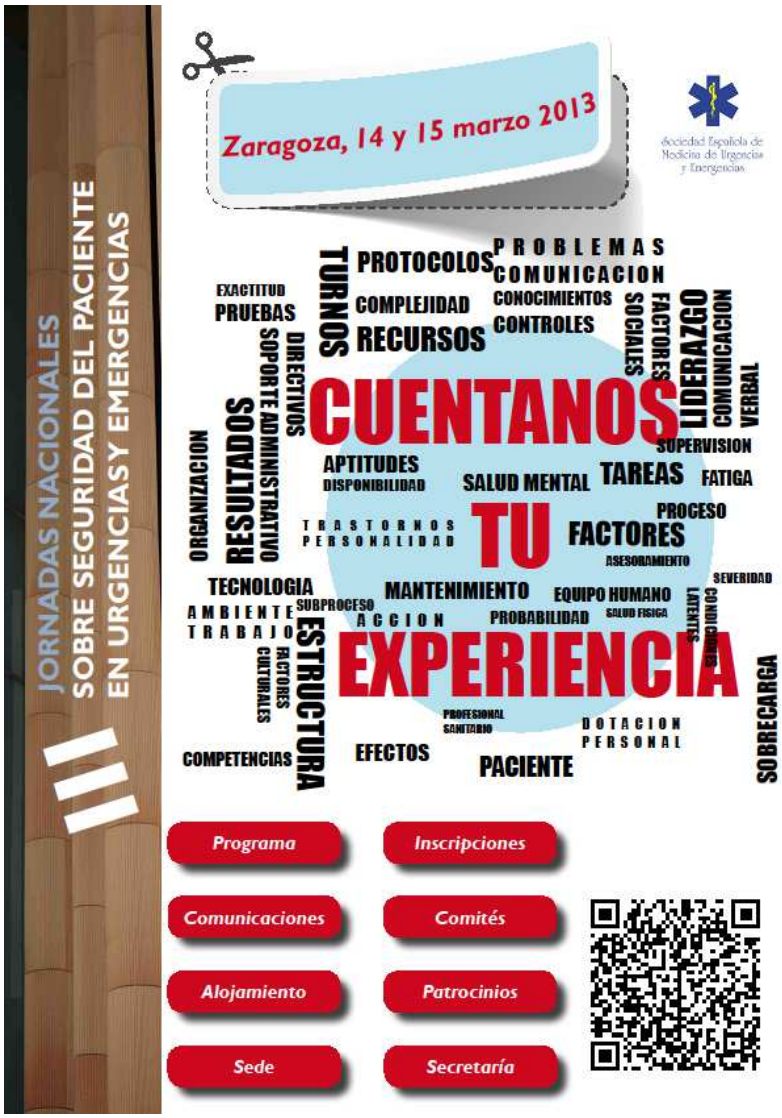
¿Considera que el papel del directivo sanitario se ha visto afectado por la crisis económica?

Jesús Sanz: El directivo sanitario se ha visto afectado por la crisis económica en muchos sentidos; ha sufrido, al igual que el resto de trabajadores del sistema sanitario, un recorte retributivo que, en algunas comunidades autónomas, ha sido en porcentajes superiores. Por otro lado, ha tenido que trabajar en el difícil punto de equilibrio de tener que armonizar los recortes que se vienen produciendo en los distintos servicios de salud con el mantenimiento de la atención sanitaria que se merecen los ciudadanos, conjugando los intereses de todos los agentes: profesionales, pacientes, administración o propietarios de centros, para disminuir las bolsas de ineficiencia e incrementar la productividad.

El directivo de hoy ha de ser capaz de adoptar decisiones con flexibilidad y rapidez, adaptarse a los cambios y manejar los escenarios poniendo especial atención en la transparencia y el buen gobierno. Los procesos innovadores deben acelerarse y los principios de excelencia son absolutamente imprescindibles. Sin duda, nuestras organizaciones cuentan con directivos capaces de construir un futuro mejor y sostenible.

Joaquín Estévez: A todos los que trabajan en el sistema sanitario público se les ha recortado sus retribuciones. Al directivo también le afecta la situación en el sentido de que no es lo mismo gestionar en época de abundancia con una política expansionista incrementándose el PIB sanitario por encima del PIB normal, a hacerlo en una situación como la actual en la que es necesario "desengrasar" el sistema, adelgazarlo, aumentar la productividad disminuyendo los costes estructurales en recursos humanos y materiales… En definitiva me refiero al esfuerzo que están haciendo para hacer más con menos.

F. – III Jornadas Nacionales sobre Seguridad del paciente en urgencias y emergencias.
14 y 15 de marzo de 2013. Zaragoza (Centro de Tecnología Avanzadas).



G. – Jornada Gertech
11 y 12 de abril de 2013. Madrid.

El pasado 11 y 12 de Abril, el club Gertch, celebró su XII encuentro en Madrid. En la Jornada el día 11 presentó en la sede la Fundación ONCE el libro "El reto de la eficiencia en el sistema sanitario. La opinión de los expertos". En el acto de presentación, la bienvenida corrió a cargo de José Luis Martínez Donoso, Director general de la Fundación ONCE, y en el mismo intervinieron el Presidente del Club y Director Gerente del Hospital Clínico San Carlos, José Soto, Héctor Casado, Director General de Madrid Network, Santiago Rabanal, Director Gerente del Hospital Cruces de Baracaldo, y Joseba Barroeta, Director Gerente del Hospital del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, estos dos últimos en representación de los autores del libro. La Mesa estuvo moderada por Modoaldo Garrido, Director Gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. El libro presenta al lector cuatro ponencias centrales y dieciséis opiniones de miembros del club, y pretende asumir a partir de la experiencia y del compromiso de los autores, la responsabilidad de participar en el debate que se está produciendo en nuestro país respecto de la eficiencia en la gestión como elemento fundamental para la sostenibilidad del sistema sanitario.

El día 12 y en la sede de la Fundación del Lesionado Medular, Gertech mantuvo una reunión ordinaria de trabajo en la que se abordó el estado de situación de las nuevas tecnologías y su aplicación en el ámbito de la Rehabilitación y contó con la participación como ponentes de Mariano Flórez, Jefe del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Natacha León, Directora Médico de la Fundación de Lesiones Medular, Carlos Hernández del Instituto de Salud Carlos III y de César Pascual, Director Gerente del Hospital Marqués de Valdecilla. La jornada fue asimismo moderada por Modoaldo Garrido siguiendo la tradición del Club, que responsabiliza en un Gerente de esta labor en cada reunión de trabajo.

El club Gertch es un grupo de trabajo constituido por Gerentes y altos cargos directivos de sanidad, el clúster Madrid Network, la Universidad Pública de Navarra y el Instituto de Salud Carlos III, que actúa con el apoyo y el patrocinio de Philips, Medtronic, Roche y NEC, que tiene como objetivo fundamental favorecer reuniones de trabajo que permitan trasvasar conocimientos y crear cultura de innovación en personas que ocupan cargos directivos en el

sector salud y que deben tomar decisiones acerca de la incorporación de nuevas tecnologías para el apoyo a la gestión sanitaria.

Muchos de los miembros de Gertch son a la vez socios y algunos de ellos miembros de la junta directiva de SEDIS; se trata pues de asociaciones hermanas no excluyentes que comparten fines y objetivos y que buscan la mejora continua en la gestión de los servicios sanitario.

H. – Medicina personalizada en oncología.

23 de abril de 2013. Madrid (Centro Nacional de Investigación Oncológicas).

Un nutrido grupo de expertos ha participado en la jornada científica Medicina personalizada en Oncología: ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? para debatir sobre el presente y el futuro de la investigación en este ámbito. La jornada, organizada por la Fundación Ad Qualitatem, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y Amgen, se desarrolló en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO).

El Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Francisco Javier Fernández-Lasquetty, fue el encargado de inaugurar esta reunión, acompañado de Manuel Hidalgo, Vicedirector de Investigación Traslacional y Director del Programa de Investigación Clínica del CNIO, Juan Jesús Cruz, Presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), y la Directora de Asuntos Corporativos de Amgen, Concha Serrano.

Concha Serrano resaltó que el propósito de este encuentro ha sido “ofrecer un debate abierto a los profesionales sanitarios para tratar de esclarecer el futuro de la medicina personalizada y, sobre todo,

El Director del Programa de Investigación Clínica del CNIO reclamó también la creación más centros de cáncer, que integren investigadores clínicos y básicos y que estén bien financiados. Durante las ponencias, se destacó la importancia de conocer los mecanismos fisiopatológicos con los que actúa el cáncer para obtener un más personalizado y, por tanto, más eficaz.

Tal y como explicó el presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el doctor Juan Jesús Cruz, la medicina personalizada evita tratamientos innecesarios que podrían ser tóxicos para el paciente. “Avanzar en la investigación sobre el perfil genómico de cada tumor favorecerá el desarrollo de terapias personalizadas que permitan una mayor eficacia en los resultados de los tratamientos oncológicos maximizando el efecto terapéutico y mejorando la supervivencia”, resaltó.

En la jornada se debatió el nuevo abordaje del tratamiento oncológico con la llegada de las denominadas terapias Innovadoras y las controversias e implicaciones que supondrán para sostenibilidad del sistema sanitario. En otra de las mesas también participó el subdirector General de Medicamentos y Productos Sanitarios, Carlos Lens, mientras que Agustín Rivero, Director General de Cartera Básica del SNS y de Farmacia, fue el encargado de clausurar el acto.

El cierre del evento contó, además, con la presencia del director médico de Amgen, José Luis Motellón, que indicó que la medicina personalizada permite el desarrollo de terapias más seguras, efectivas y económicas.

I. – Modelos de acceso y optimización en la gestión de terapias biológicas.

IV Encuentro SEDISA-Pfizer.

17 de abril de 2013. Murcia (Hospital General Univ. Reina Sofía).

La optimización de la gestión de las terapias biológicas podría reducir entre un 10 y un 15 por ciento sus costes hospitalarios, según se desprende de las principales conclusiones alcanzadas en la jornada 'Modelos de Acceso y Optimización en la Gestión de Terapias Biológicas', organizada en Murcia por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), con la colaboración de Pfizer y el apoyo del Servicio Murciano de Salud.

Según estas conclusiones, las terapias biológicas aportan valor en patologías para las que antes solo existían tratamientos que actuaban sobre los síntomas, pero no sobre la causa. Así, los tratamientos biológicos no solo mejoran la calidad de vida de los pacientes (al ofrecer un mayor control de los síntomas y evitar la aparición de la discapacidad), sino que aumentan las expectativas de vida de los pacientes y frenan en otros casos la progresión de la enfermedad.

De hecho, y en enfermedades como la artritis, el jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara, Jesús Tornero Molina, ha destacado que dichas terapias han supuesto una "auténtica revolución terapéutica", ya que han resuelto "muchísimos problemas que las terapias tradicionales no podían solucionar, actuando sobre una diana concreta y específica que antes no estaba identificada".

Con todo, ha admitido que lo que resta por mejorar en su aplicación es definir la optimización y mejorar el control de su administración. "Hay que perfeccionar las dosis de mantenimiento y los periodos de dosificación, que no son todos iguales", ha esbozado Tornero Molina, como elementos para mejorar, "sobre todo, con la crisis económica y las dificultades de financiación actuales".

Así, ha recalcado que más de 80 expertos médicos, farmacéuticos, biólogos y gestores sanitarios se han reunido precisamente en esta jornada para debatir sobre cómo implementar las terapias biológicas de la manera más eficiente posible, dada la partida de gastos que suponen en el gasto hospitalario (el 10-20% del coste de farmacia de los centros).

En ese sentido, y dependiendo del nivel de protocolización de cada centro, el secretario general de SEDISA, doctor Mariano Guerrero, ha precisado que, por término medio, se podría ahorrar entre un 10 y un 15 por ciento en su coste, sin disminuir la calidad de los tratamientos.

"Estaríamos hablando de cifras de varios cientos de millones de euros", ha enfatizado este especialista, para quien, en aquellos centros en los que nunca se ha hecho una gestión de optimización de estos recursos, "el margen de mejora podría ser de hasta el 30 por ciento del ahorro de los costes".

Sin embargo, ha admitido que existen centros que ya han ajustado mucho su indicación y realizado una "exquisita selección" de pacientes y fármacos a usar, con un buen seguimiento. "En ellos, recortar una cantidad fija puede suponer un desastre y dejar sin terapia a pacientes que lo necesiten", ha puntualizado.

Ha ahondado que la gestión eficaz de su administración depende de la implicación de los profesionales en la buena gestión clínica, "que debe basarse no solo en la efectividad sino en la eficiencia, teniendo en cuenta la relación entre el coste y la efectividad". Por ello, ha justificado que la selección del paciente debe ser "fundamental" para que estos medicamentos se den a aquellos en los que se vaya a lograr mejorar la calidad de vida y que aportan mejoras tangibles. Además, ha considerado fundamental monitorizar el proceso para ver el efecto real del fármaco.

IMPORTANCIA DE LOS COMITÉS DE EVALUACIÓN

Ha agregado que el papel de los comités de evaluación para el tratamiento de enfermedades que requieren terapias biológicas es muy importante porque, al existir varias alternativas, "urge encontrar las de mejor coste-beneficio o coste-utilidad, es decir, aquellas que mejoren la calidad de vida al menor coste posible".

"Los comités de evaluación pueden, en base al conocimiento científico disponible, dilucidar qué tratamiento va a ser el más coste-eficiente para cada paciente concreto", ha opinado el doctor Guerrero Fernández. Para este experto, en la actualidad y debido a los problemas financieros de

la sanidad pública, prácticamente todos los centros llevan a cabo actividades de algún tipo para mejorar la gestión del uso de estos productos.

En ese sentido, la doctora Rosa María Ramos Guevara, directora médica del Área de Salud VI de la Región de Murcia del Hospital Universitario Morales Meseguer, ha defendido que los comités "deben contribuir y colaborar en la optimización del uso de estos fármacos atendiendo a criterios científicos, fármaco-económicos, de eficacia y seguridad de manera homogénea".

Sin embargo, en lo referente a estos fármacos, esas actividades se llevan a cabo de forma individualizada, es decir, cada centro aplica sus propias medidas de gestión.

También en esa línea, Guerrero cree que los distintos actores del Sistema Sanitario implicados en los modelos de aplicación de estas terapias no están alineados en su gestión: "hasta hace poco, los profesionales se han preocupado muy poco por los aspectos económicos de sus decisiones. Esto está cambiando y cada vez hay profesionales más concienciados de que cada euro que gastamos debe estar bien invertido en una mejora real de la salud. El reto es alinear y llegar a consensos que impliquen a todos los actores y sean asumibles".

Concretamente, en Murcia, según la doctora Ramos, actualmente se están constituyendo en diferentes hospitales comisiones interdisciplinares, ya que hasta ahora el Hospital Morales Meseguer es el único que cuenta con una, que está en vías de crecimiento y a la que está previsto incorporar alguna especialidad adicional.

Por ello, la doctora Ramos considera que en Murcia "debería constituirse una Comisión Regional para estas terapias, con carácter multidisciplinar, que sirviera entre otras funciones para unificar y consensuar protocolos, y que garantizara una equidad en el acceso a este grupo de fármacos a todos los pacientes del Servicio Murciano de Salud".

J.– La Gestión en Tiempos de Incertidumbre: Un Espacio para la Inspiración".
9 y 10 de mayo de 2013. Santander (Paraninfo del Palacio de la Magdalena).

La vicepresidenta y consejera de Sanidad y Servicios Sociales, María José Sáenz de Buruaga, ha afirmado este jueves que "los que fracasaron en Valdecilla unidos al frente del Gobierno, siguen ahora unidos en la oposición para hacer fracasar el proyecto del Gobierno" para terminar de manera definitiva el hospital y ha subrayado que el nuevo contrato preserva la gestión pública del servicio sanitario y garantiza hasta las últimas consecuencias todo el empleo público.

Durante la apertura de las jornadas de gestión sanitaria organizadas por Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Sáenz de Buruaga ha subrayado que la gran apuesta del Gobierno de Cantabria, –"audaz, innovadora y compleja"– es la fórmula elegida para culminar en esta legislatura, de una manera definitiva, ágil y con cordura, el proyecto de Valdecilla, "el más estratégico" para la comunidad autónoma.

La consejera ha subrayado que pese a las "zancadillas y resistencias" de quienes se oponen a su conclusión, el contrato de colaboración público-privado para una actuación global e integrada en Valdecilla pondrá fin a unas obras que lastran al hospital desde hace trece años; que obligan a sus profesionales a trabajar en unas condiciones muy alejadas de lo que merecen su dedicación y su esfuerzo, y que limitan la calidad de la asistencia que debemos a los pacientes.

La vicepresidenta ha defendido que con la operación diseñada por el Gobierno la obra avanzará al ritmo más rápido de toda su historia y se concluirá en dos años, mientras que el proyecto se costeará con cargo a la prestación de los servicios sin sacrificar la asistencia sanitaria de la comunidad autónoma como ha ocurrido en los últimos años. Además, se preserva la gestión

pública del servicio sanitario y se garantiza hasta las últimas consecuencias todo el empleo público.

Ha advertido de que Cantabria se pregunta hoy el porqué de la oposición a que Valdecilla se termine, algo "que cada uno deberá aclarar y por lo que deberá responder", ha dicho. "Yo –ha añadido- solo tengo una evidencia: los que fracasaron en Valdecilla unidos al frente del Gobierno, continúan unidos en la oposición para hacerlo fracasar de nuevo. Y se equivocan porque este no es un proyecto de un Gobierno del Partido Popular. Es un proyecto de Valdecilla para Valdecilla, de Cantabria y para Cantabria".

Según ha explicado la vicepresidenta, se trata de un gran proyecto que cuando finalice colocará a Valdecilla en el lugar que debe estar, como ejemplo de gran hospital, de gran institución y de gran empresa, que, tras años de dificultad e incertidumbre, consolida su excelencia y posición en la vanguardia de la sanidad española. "Porque hay que ser muy bueno, del club de los mejores, para sobrevivir lo que ha sobrevivido Valdecilla", ha apostillado.

Durante su intervención ante directores y gestores de hospitales y servicios de salud de toda España, convocados en Santander por SEDISA, en el marco del Máster en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios de la Universidad de Cantabria, la consejera de Sanidad ha advertido de que "reducir la situación actual a una crisis coyuntural vinculada a una financiación escasa es un grave error", cuando en realidad se trata de "una grave crisis estructural".

Porque, además de que "el sector sanitario, y la sanidad pública en particular, se encuentran sometidos a una fuerte tensión financiera", ha señalado Sáenz de Buruaga, lo que ocurre es que "el modelo actual está agotado".

Apoyo a los directivos

Por eso, ha señalado, "el reto al que nos enfrentamos es la innovación entendida como la necesidad de redefinir la organización de nuestra estructura sanitaria". Desde esta perspectiva, "está claro que el futuro pasa por la gestión clínica y una mayor responsabilidad, estímulo de la autonomía y capacidad de organización del profesional sanitario", ha señalado la vicepresidenta

de Cantabria, que ha anunciado que apoyará ante el Ministerio las reivindicaciones de SEDISA centradas en la profesionalización, la carrera profesional, la formación y la independencia para los directivos de la salud, con cuyas capacidades y compromiso "contamos para devolver la sostenibilidad y garantizar la solvencia de nuestro sistema de salud", ha concluido.

K.– Societal Impact of Pain (SIP)

14 y 15 de mayo de 2013. Bruselas.

Durante los dos Grupos de Discusión SIP de este año, que tuvieron lugar en Bruselas los pasados 14 y 15 de mayo, los participantes debatieron y acordaron la elaboración de dos documentos de trabajo para futuras acciones políticas. El primero de ellos ha sido el documento de Recomendaciones SIP a partir del Grupo de Discusión 1, "Implementación Europea de Indicadores de Calidad en el Abordaje del Dolor Crónico No Maligno", y el segundo la Propuesta para la Acción SIP, elaborado a partir del Grupo de Discusión 2, "Las Mejores Prácticas para la Reinserción de los Pacientes con Dolor Crónico en el Mercado Laboral". Ambos documentos fijarán las bases para acciones futuras de este grupo multidisciplinar que tiene el objetivo fundamental de sensibilizar acerca del impacto del dolor crónico, intercambiar información, compartir las mejores prácticas en la Unión Europea, así como desarrollar y promover estrategias políticas y actividades para mejorar el abordaje del dolor en Europa.

Según decidieron la EFIC® (Federación Europea de los Capítulos de las IASP®) y el Comité del Programa del SIP, tras los tres simposia SIP celebrados a lo largo de 2010-2012, este año ha tenido lugar por primera vez los llamados Grupos de Discusión SIP. Estos Grupos se llevaron a cabo como evento asociado a la Presidencia Irlandesa del Consejo de la UE (enero – junio de 2013, www.eu2013.ie) y han sido respaldados por más de 185 grupos nacionales e internacionales de representantes de pacientes, organizaciones científicas y autoridades sanitarias, así como la Presidencia Europea del Consejo de Ministros.

Cada uno de los temas abordados en los Grupos de Discusión SIP seleccionados por el Comité del Programa está estrechamente relacionado con una de las siete dimensiones políticas de la Hoja de Ruta para la Acción SIP. Tal y como explica el Prof. Hans Georg Kress, presidente de la EFIC®:

"Durante los pasados tres simposia SIP hemos hecho progresos en cuanto al debate general y el reconocimiento del dolor crónico como un reto para la sociedad. Ahora estamos en la siguiente fase. Nos estamos centrando en las distintas soluciones aportadas por la Hoja de Ruta para la Acción". Esta Hoja fue el resultado clave del simposio SIP 2011, en el que se esbozaron siete dimensiones políticas sobre cómo las instituciones de la UE y sus Estados miembros pueden abordar eficazmente el impacto social del dolor en el ámbito de la UE.

Tal y como se puso de manifiesto durante el primer Grupo de Discusión sobre el desarrollo de indicadores para medir la calidad del abordaje del dolor (proyecto pionero desarrollado en España por el Prof. Pedro Saturno, profesor de la Universidad de Murcia, en colaboración con la Plataforma SinDOLOR), diferentes países Europeos con diferentes sistemas sanitarios han pedido soluciones. Tal y como destacó Kress: "Nuestra comunidad europea no es una única entidad, sino un mosaico compuesto de diferentes países, con diferentes historias, tradiciones, sistemas sanitarios, así como sistemas sociales". Durante su ponencia, el Prof. Saturno afirmó que "el abordaje del dolor crónico es muy importante para la población, por lo que tenemos que hacer algo, ya que aún no está del todo bien tratado en Europa".

Este grupo ha suscitado el interés y el compromiso de nueve países para desarrollar y revisar indicadores sobre todo estructurales (como la accesibilidad que ofrece el sistema para la adecuada gestión del dolor) e indicadores de resultados (como la reducción del dolor y la mejora en la calidad de vida). Ha sido el primer paso para contar con un documento de consenso único hasta ahora y que puedan respaldar los distintos agentes políticos locales y nacionales.

Las recomendaciones acordadas tendrán que ser definidas y explicadas con más detalle durante las próximas sesiones de trabajo que tendrán lugar en el futuro. Junto a las Recomendaciones Europeas, también está previsto que se generen las recomendaciones nacionales específicas de cada país. Se puede consultar el documento de trabajo final sobre las mismas en la página web del SIP.

Asimismo, el Ministerio de Sanidad Español también estuvo representado en este Grupo de Discusión por la Dra. Sonia Garcia de San José, subdirectora general de Calidad y Cohesión, quien

señaló que “resulta necesario hacer un listado común de indicadores a nivel europeo para poder medir la mejora de la atención al paciente, adaptando dicho listado en cada uno de los países. En el caso español sería imprescindible trasladar estos indicadores al Plan que está desarrollando el SNS”.

Por su parte, Alberto Grua, vicepresidente ejecutivo de Grünenthal Europa y Australia, continua: “Creo que uno de los principales objetivos de estas reuniones, del que deberíamos sentirnos orgullosos en el futuro, es que realmente dan la oportunidad de alinear y armonizar la manera en la que queremos asegurar que los pacientes con dolor crónico reciban el tratamiento adecuado”.

En esta misma línea, la representante del Ministerio de Sanidad Español apuntó que “una de las cuestiones que más me ha entusiasmado del encuentro es “la cantidad de profesionales de distintas áreas que trabajan con pasión e implicación por mejorar el tratamiento de los pacientes con dolor. Este grupo de profesionales está haciendo que los sistemas sanitarios de cada país consideren una prioridad trabajar en la mejora de los pacientes con dolor”.

Impacto del dolor en el mercado laboral

Durante el Grupo de Discusión 2 se mostró la importancia del impacto del dolor crónico en la fuerza laboral de la UE. Sobre la base de los proyectos de mejores prácticas de los distintos países de la UE, se debatió y acordó una Propuesta para la Acción con el fin de reinsertar pacientes con dolor crónico al mercado laboral. Entre otros, el grupo hace un llamamiento a los gobiernos europeos para tener en cuenta:

1. La participación temprana de las personas involucradas […] para garantizar un enfoque holístico y de colaboración hacia la implementación exitosa de proyectos futuros.
2. El desarrollo de guías para profesionales sanitarios […]
3. El desarrollo y la implementación de programas educacionales para pacientes con dolor crónico y actividad para el paciente con dolor crónico / programas laborales […]

4. Continua supervisión / gestión y sistemas de evaluación […] y procedimientos de gestión del riesgo para asegurar resultados consistentes y de calidad.

Se puede consultar el documento final del Propuesta para la Acción en la web la página web del SIP.

La Plataforma SIP y los objetivos de este año de los Focus Gropus son también apoyados por Ms Waltraud Klasnic, miembro austriaco del Comité Económico y Social Europeo: “Mi función es representar al Comité Económico y Social Europeo, escuchar y apoyar que el abordaje del dolor en Europa sea reconocido e implementado”.

El responsable del programa científico del SIP 2012 es la Federación Europea de los Capítulos de la IASP® (EFIC®). La compañía farmacéutica Grünenthal GmbH es responsable del apoyo logístico.

Acerca de Societal Impact of Pain (SIP)

Societal Impact of Pain" (SIP) es una plataforma internacional y multidisciplinar creada en 2010 como una iniciativa conjunta de EFIC® y la compañía farmacéutica Grünenthal GmbH, y tiene el objetivo de concienciar acerca de la relevancia del impacto que el dolor tienen en nuestra sociedad y en los sistemas sanitarios y económicos, intercambiando información y compartiendo las mejores prácticas de todos los Estados miembros de la Unión Europea, y desarrollando y fomentando a nivel europeo estrategias políticas y actividades para un mejor abordaje del dolor en Europa. Esta plataforma proporciona oportunidades de debate para los profesionales de la atención sanitaria, asociaciones de pacientes, políticos, seguros, representantes de autoridades sanitarios, reguladores y decisores sanitarios.

El responsable del programa científico del SIP 2012 es la Federación Europea de los Capítulos de la IASP® (EFIC®). La compañía farmacéutica Grünenthal GmbH es responsable del apoyo logístico. Para más información, por favor visite www.sip-platform.eu

Acerca de EFIC

La Federación Europea de los Capítulos de la IASP (EFIC®) es una organización profesional multidisciplinar en el campo de la ciencia del dolor y la medicina, formada por los 36 Capítulos de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), que son las Sociedades Nacionales de Dolor oficiales acreditadas de cada país. Los 36 capítulos constituyentes de la EFIC representan a las sociedades del dolor de 36 países y engloba a 20.000 médicos, investigadores, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos y otros profesionales de la salud de Europa, que están involucrados en el abordaje del dolor y su investigación.

Para más información, por favor visite www.efic.org.

Acerca de Grünenthal

El Grupo Grünenthal es una compañía farmacéutica internacional, independiente y de propiedad familiar basada en la investigación y con sede en Aquisgrán, Alemania. Aprovechando su posicionamiento destacado en el área del tratamiento del dolor, su objetivo es convertirse en la compañía más centrada en el paciente con el fin de ser líder en innovación terapéutica.

Grünenthal es una de las últimas cinco compañías farmacéuticas basada en la investigación con sede en Alemania, que invierte de forma sostenible en investigación y desarrollo. Esta inversión ascendió a alrededor del 26% de nuestras ventas en el año 2012. La estrategia de Grünenthal en lo referente a investigación y desarrollo se centra en seleccionar campos concretos de terapia y el uso de las últimas tecnologías. Nos centramos en la intensa búsqueda de nuevas formas que mejoren el tratamiento del dolor, más efectivo y con menos reacciones adversas.

En total, el Grupo Grünenthal tiene filiales en 26 países de todo el mundo y sus productos se venden en más de 155. Trabajan aproximadamente 4.400 empleados en todo el Grupo Grünenthal alrededor del mundo, de los cuales cerca de 275 se encuentran en la región de Iberia. En 2011, el Grupo Grünenthal alcanzó a nivel mundial un cifra de negocio estimado de 973 M €.

L.– Modelos de acceso y optimización en la gestión de terapias biológicas.

V Encuentro SEDISA-Pfizer

16 de mayo de 2013. Granada (Centro GENYO)

La apuesta por el desarrollo de terapias biológicas ha supuesto una verdadera revolución terapéutica en enfermedades para las que los tratamientos tradicionales eran incapaces de actuar eficazmente sobre la diana específica. "*La eficacia y seguridad de este tipo de terapias, sumado a la alta prevalencia de las patologías tratadas con ellas, hace necesario que se establezcan políticas de optimización de uso y protocolos de dosificación que vayan encaminadas a garantizar la sostenibilidad del sistema*", según comenta el **doctor Manuel Huerta Almendro, Director Gerente de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir y vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA),** que ha participado en la Jornada **'Modelos de Acceso y Optimización en la Gestión de Terapias Biológicas', organizada por SEDISA.** Para ello, los expertos estiman clave la labor de los profesionales en gestión clínica, con el fin de optimizar el uso de las terapias biológicas. A juicio del doctor Huerta Almendro, "*el impacto presupuestario que suponen las terapias biológicas en el sistema sanitario ha aumentado paulatinamente en los últimos años, representando en muchos hospitales más del 20% del presupuesto hospitalario. En este sentido, la implantación de protocolos de uso podría ahorrar al sistema, por término medio, entre un 10 y un 15% del coste total sin disminuir en la calidad de los tratamientos". "La situación actual obliga a buscar medidas para aportar la misma prestación con menor coste*", reconoce el **doctor José Cabeza, director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia de Granada**, la primera y única unidad de gestión clínica de farmacia a nivel provincial que unifica la gestión de todos los servicios, tanto de atención primaria como de especializada de la provincia de Granada. Para ello, durante la Jornada se han analizado dos medidas: tener en cuenta la eficacia y seguridad equivalentes de las terapias que existen y adecuar la dosificación o las pautas según las necesidades de cada paciente.

Las unidades de gestión son clave en la mejora de la eficiencia. Así también lo ha destacado también el **doctor Jose Luis Gutierrez, gerente del SAS**, durante la inauguración de las Jornadas. Asimismo, ha hecho hincapié en la importancia de reuniones de este tipo para intercambiar medidas para optimizar el gasto sanitario y permitir la sostenibilidad del sistema sanitario, así como para analizar los nuevos modelos de acceso a las terapias biológicas para mantener la efectividad de los tratamientos.

En esta línea, el **doctor Jose Carlos Ruiz Carrascosa, director de la Unidad de Gestión Clínica de Dermatología del Hospital San Cecilio, en Granada**, afirma que *"los especialistas somos conscientes del coste que suponen estos tratamientos para el Sistema Nacional de Salud, y por eso siempre hacemos un uso razonable de los mismos, siguiendo protocolosy guías establecidas y realizando controles pertinentes".* Es más, asegura que *"la propia ficha técnica de estos fármacos impone las condiciones de prescripción y limita el perfil del paciente al que se lo podemos ofrecer. Hay que tener en cuenta el grado de severidad de la enfermedad, la afectación de la calidad de vida y las posibles patologías asociadas y los tratamientos previos".* **Avances en la práctica clínica** Los expertos coinciden en que el desarrollo de estas terapias ha supuesto un verdadero punto de inflexión en la práctica clínica de patologías muy prevalentes, como por ejemplo la Artritis Reumatoide, Artritis Psoriásica, Psoriasis y la Espondilitis Anquilosante. En el caso de la Psoriasis, "e*l uso de estas terapiasnos ha permitido un mejor control de la enfermedad, consiguiendo mantener a nuestros pacientes libres de síntomas o con escasas lesiones*", explica el doctor Ruiz Carrascosa. En el ámbito de la Reumatología, el impacto de estos fármacos ha sido fundamental. En opinión del **doctor Enrique Raya, director de la Unidad de Gestión Clínica de Reumatologíadel Hospital Universitario San Cecilio, de Granada,**"*la introducción de las terapias biológicas en la práctica clínica ha supuesto un evento prácticamente parecido a la incorporación de los corticoides en medicina; estamos hablando de frenar la enfermedad no solo desde el punto de vista sintomático, sino también desde el estructural, lo que supone una mejora en la capacidad*

funcional, en la calidad de vida, laboral y social. Ha sido un salto cualitativo y cuantitativo enorme".

En este caso, la utilización de estos fármacos está basado en Guías de Práctica Clínica y en Consensos como el de la Sociedad Española de Reumatología (SER). En la actualidad, basándose en estos estándares, alrededor del 18-20% de los pacientes con artritis reumatoide en España son susceptibles a ser tratados con estas terapias. En Europa el porcentaje de pacientes con artritis reumatoide tratados con terapias biológicas se encuentra alrededor del 24%. A juicio del doctor Raya, la optimización de su uso debe ser enfocada "*desde un punto de vista global, mejorando el diagnóstico temprano que permita iniciar la terapia pronto, ya que se han registrado mejores resultados en aquellos pacientes a los que se les ha tratado de forma precoz".*

M.– I Jornada Clinico-Gestora. Ortogeriatria en la Comunidad de Madrid.
17 de mayo de 2013. Madrid. (Hospital Universitario Infanta Sofía).

La directora gerente del hospital, la Dra. Rosa Bermejo inauguró la jornada acompañada por el Dr. Javier Escalera, jefe de servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital y, a su vez, presidente de la Sociedad Matritense de Cirugía Ortopédica y Traumatología –SOMACOT- .

Bajo el objetivo de mejorar la eficiencia de los recursos socio sanitarios mediante el conocimiento clínico, la investigación y la innovación para promover acciones de mejora en la atención traumatológica a personas mayores, la jornada ha reunido a clínicos y gestores en varias mesas de debate en las que se han compartido experiencias inter-hospitalarias en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Disminución de costes

La defensa de las Unidades de asistencia multidisciplinar ortogeriátricas, que permiten reducir entorno a un 30% el tiempo de recuperación del paciente con fractura de cadera, al ofrecer una asistencia integrada, planificada e individualizada, ha sido una de las ideas compartidas por los

expertos Esta reducción en el tiempo de recuperación supone además una disminución de los costes derivados de la enfermedad.

En España, 2,5 millones de mujeres sufren osteoporosis y se estima que el 40% sufrirá una fractura osteoporótica en algún momento de su vida. Se trata de un problema sociosanitario de primera magnitud, debido a su elevada prevalencia, su gran morbi-mortalidad, su efecto en la disminución en la calidad de vida del paciente y su extraordinaria carga económica.

"En estas unidades especializadas, médicos geriatras, traumatólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas, enfermeras y trabajadores sociales trabajamos conjuntamente para conseguir no sólo que el paciente recupere su funcionalidad, sino también para disminuir la mortalidad hospitalaria en los pacientes ancianos con fracturas; y todo ello en el menor tiempo y al menor coste posible" explica el Dr. Javier Escalera Alonso, Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Infanta Sofía.

En España se producen cada año 35.000 casos de fractura de cadera y cada uno de ellos supone un coste médico de 9.772 euros y un coste total de 15.573 euros. Asimismo se trata de una patología con una elevada mortalidad (del 8% en la fase aguda y del 30% al año), y que genera una gran discapacidad. "Sólo el 36% de los pacientes recuperan su nivel funcional previo a los 3 meses y el 60% al año" constata el Dr. Escalera, "de ahí la importancia de unidades que permitan asegurar la continuidad de los cuidados con una adecuada coordinación extrahospitalaria, que facilite el acceso a la rehabilitación y reduzca las complicaciones médicas".

N.– Gestión del dolor en el Sistema Sanitario.
23 de mayo de 2013. Barcelona (Hospital Sant Joan de Déu)

El dolor quintuplica el consumo de recursos sanitarios y eleva la carga asistencial en los diferentes niveles de atención, según ha declarado Pere Vallribera, vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) en una jornada organizada por esta agrupación en Barcelona con la colaboración de Grünenthal. "De hecho, resulta significativo que un tercio de las personas afectadas por dolor crónico lo sufren durante más de 20 años, con el consiguiente

impacto económico directo sobre los servicios sanitarios", ha destacado el también presidente de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria.

Falsas creencias tanto de la población como de algunos profesionales de la sanidad en cuanto a los niveles soportables de dolor y a la resistencia a tomar ciertos analgésicos, así como un abordaje reactivo y fragmentado del tratamiento del mismo, son los principales escollos que impiden un óptimo abordaje del dolor, a juicio de Vallribera. El resultado de este manejo se traduce, en términos económicos, en un gasto superior a 34.000 millones de euros anuales en toda Europa, mientras que en España sólo el gasto de los días de baja laboral que produce supone un coste de 367 millones anuales.

Y es que, en la actualidad, "la coordinación entre las diferentes etapas del tratamiento y entre los propios profesionales de distintos niveles asistenciales y especialidades sigue siendo caótica en España", reconoce la doctora Elena Catalá, presidenta de la Sociedad Catalana del Dolor. En su opinión, "mejorar el abordaje del dolor ahorraría numerosos costes directos e indirectos y permitiría detectar y comenzar a tiempo un tratamiento individualizado para cada tipo de paciente. Estamos ante una patología que representa la aniquilación de la persona y de su entorno y que afecta de forma directa a la esfera psico-social". El camino, a su juicio, pasa por "dotar a Atención Primaria de herramientas de evaluación que permitan detectar la causa del dolor de forma precoz e implementar planes autonómicos que mejoren su abordaje".

Los planes de abordaje, tanto nacionales como autonómicos, que se llevan a cabo en España, representan una oportunidad para dar respuesta a este problema de una forma cada vez más adecuada. No obstante, este reto no se plantea sencillo, puesto que, a diferencia de otros

servicios clínicos que se podrían estructurar con más facilidad alrededor de funciones o de áreas de actividad más convencionales, el tratamiento del dolor, según ha puntualizado el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez, “constituye un auténtico desafío de gestión por tratarse de un conjunto de actividades de naturaleza transversal, que implica una elevada coordinación entre especialidades hospitalarias y de Atención Primaria, que deben integrarse con claros criterios de eficiencia”.

En palabras de Vallribera, “resulta necesario avanzar en la gestión del dolor desde una perspectiva multidisciplinar, apostando por un cambio del modelo de atención compartimentado tradicional que evolucione hacia un nuevo modelo transversal e interdisciplinar mucho más efectivo pero, sin duda, más complejo en su organización y gestión. Debemos pasar de un abordaje por episodios, cada uno de los cuales puede ser eficaz, pero no serlo en su conjunto, a una atención integral del proceso que sea eficiente en su conjunto”.

La experiencia de Cataluña puede servir de guía para lograr el éxito del abordaje terapéutico en todo el territorio nacional. En opinión de Albert Ledesma, director del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña, es fundamental rediseñar el modelo asistencial para adaptarlo a la realidad y en esa tarea es en la que está inmersa precisamente su comunidad. “Estamos trabajando para implantar un modelo de atención integral que incorpore un número de actuaciones en todos los niveles; desde la formación, el sistema de compras como el diseño de los procesos asistenciales en las áreas de salud más prevalentes, entre las que se encuentra el dolor crónico”. El objetivo es que a finales del año que viene este modelo esté implantado en toda Cataluña y los pacientes con dolor crónico, principalmente asociado con patologías específicas como la artrosis, reciban los cuidados adecuados.

Los profesionales, a la cabeza del cambio

Los programas nacionales y regionales de abordaje del dolor otorgan un papel básico al profesional sanitario, tanto en la esfera clínica como organizativa. “La gestión clínica de equipos multidisciplinares y de todos los niveles asistenciales es la única respuesta efectiva y eficiente. El reto es, sin duda, abordar las reformas organizativas y estratégicas que permitan a nuestras

organizaciones avanzar en modelos de gestión y organización descentralizados, con una gran implicación y autonomía de gestión de los profesionales", argumenta el doctor Vallribera.

Ñ. – XII Aula Bayer

10 y 11 de mayo de 2013. Madrid. (Ateneo de Madrid).

"El modelo de financiación autonómica ha fracasado", y no debido a la iniciativa ni al poder de decisión de las comunidades autónomas, sino a causa "de la inhibición del papel del Estado en el ejercicio de sus competencias". Ésta era una de las principales conclusiones que Antonio María Sáez Aguado, consejero de Sanidad de Castilla y León, exponía en el XII Aula Bayer. Se mostraba de acuerdo con parte del mensaje Mª Ángeles Palacios, consejera de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, "el modelo de financiación autonómica no satisface prácticamente a nadie".

En realidad, Sáez Aguado profundizaba que más allá de un tema de reparto del presupuesto, el problema está en que falta una mayor cohesión del sistema, una mayor participación del Estado

en el establecimiento de las bases y una mayor coordinación por parte del Ministerio de Sanidad, y en definitiva, "una nueva arquitectura de las instituciones del SNS". Aclaraba eso sí, que no se trata de una crítica al modelo autonómico, sino que si bien "no hay que dar ningún paso atrás en las competencias autonómicas, sí hay que dar un paso hacia delante en las competencias del Estado, que no son sólo de coordinación".

Daba otra perspectiva de este asunto Boi Ruiz, consejero de Salud de la Generalitat de Cataluña, que no sólo se mostraba muy a favor del modelo de descentralización, sino que proponía "una segunda descentralización que pase por los centros de salud", y dentro de los mismos una mayor autonomía de los profesionales".

Igualmente, si bien Sáez Aguado se desmarcaba del debate entre gestión pública o privada, afirmando que "confundimos el foco", ya que el objetivo real pasa por "ver cómo podemos desde el entorno público lograr la mejor asistencia sanitaria", Palacios destacaba los buenos resultados de los acuerdos para la equipación de los dos nuevos hospitales murcianos. Por su parte, Boi Ruiz apostaba por "comprar lo que hacen las máquinas, y comprar menos máquinas".

Mucha teoría y poca práctica

Una apuesta por la Atención Primaria, una redefinición de la Especializada para adaptarse al paciente crónico, una apuesta por los sistemas de información, y una inversión en prevención, que permita al paciente corresponsabilizarse de su salud. Parece que todos los consejeros tienen muy claro que esa es la senda que lleva hacia la sostenibilidad, pero pocos son los que finalmente se atreven a recorrerla.

De manera similar ocurre con lo que se refiere al capítulo de los RR.HH., todos tienen claro que el sistema actual es demasiado rígido, que no permite penalizar a aquellos que no cumplen los objetivos ni premiar a aquellos que sí, pero ninguno realiza una propuesta en firme de lo que debería ser el nuevo régimen de los profesionales sanitarios, sea más cercano a lo laboral que a lo estatutario.

El Aula Bayer, patrocinada por SEDAP, SEDISA, SEFH, ADIGS y la Universidad Alfonso X El Sabio, también reunía a diferentes gestores para poner en común experiencias de gestión innovadoras. Tal como recordaba Joaquín Estévez, presidente de SEDISA, en la inauguración de dicho encuentro, "es importante compartir experiencias", entre los diferentes actores del sector, tales como los docentes o los servicios de Farmacia Hospitalaria, "que juegan un papel clave en este momento".

O. – 2º Summer Course en análisis de redes sociales (ARS) y 2º Workshop en investigación. 26 y 28 de Junio de 2013. Madrid. (UNED).

La UNED es el escenario elegido para la celebración del 'II Workshop de Investigación sobre Redes Sociales' que pondrá encima de la mesa las experiencias y hallazgos de varios expertos en analizar el funcionamiento de las Redes Sociales, así como optimizar las relaciones y los recursos que se transmiten a través de las mismas.

Entre otros aspectos, se tratará la localización en la red, cohesión de relaciones, transferencia de conocimiento, diseño de la creatividad, optimización del rendimiento, etc.

El curso, organizado por la Universidad de León (ULE) y el Campus Noroeste de la UNED se podrá seguir a través de las modalidades presencial, por videoconferencia desde Aulas AVIP del campus Noroeste se podrá seguir el curso y plantear preguntas) y por internet (desde cualquier ordenador conectado a Internet se podrá seguir el curso y plantear preguntas por chat). Dado que está pensado también para alumnos extranjeros, podrán intervenir en portugués o inglés. La emisión en 'streaming' es la novedad de este año, tal y como ha señalado la responsable del curso, Pilar Marqués.

El curso se estructura en paneles especializados que se centrarán en ARS y management, nuevos nichos de investigación, marketing, comunicación digital y salud.Habrá dos workshop, uno destinado a la investigación con metodología de ARS, donde se podrán presentar comunicaciones orales, y el otro al marketing y comunicación digital.

El segundo workshop contará con la presencia de Marta Varanda (Univ. Lisboa) como Keynote Speaker y José Luis Molina (Univ. Autónoma de Barcelona) liderando el Workshop de investigación ARS. En este sentido, intervendrán expertos de México, Brasil o Argentina, lo que plantea, según la responsable, "extenderlo en próximas ediciones a nivel internacional". Para finalizar el curso se celebrará "una Mesa Redonda en la que participará el experto en Redes Sociales Javier Recuenco", apuntaba el director del INTECCA, Jorge vega.

Además, tal y como aseguraba Marqués, "en foros de salud se están usando las Redes Sociales como optimización de recursos". También serviría "para atender a varios usuarios sin necesidad de que acudan en persona a la consulta del médico", entre otras posibilidades que se ofrecen.

P. –MIHealth Forum
26 al 28 de Junio de 2013. Barcelona.

Q. –Nuevos modelos organizativos en Atención Primaria.
2 de Julio de 2013. Madrid. (Fundación Once).

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) y la Fundación Ad Qualitatem han organizado este martes la jornada "Nuevos modelos organizativos en Atención Primaria". El acto, celebrado en la sede de la Fundación Once, ha contado con la participación de directores y gerentes de diferentes modelos de Atención Primaria (AP) en la Comunidad Valenciana, Cataluña, Galicia y País Vasco.

Alfredo Milazzo, presidente de la Fundación Ad Qualitatem, ha destacado que "los cambios demográficos, el aumento de los costes en tecnología y farmacia, el incremento de los enfermos crónicos y la crisis económica provocan la necesidad de establecer cambios en Atención Primaria y hospitalaria".

José Luis Martínez Donoso, director general de la Fundación ONCE, ha dado la bienvenida a los asistentes, ponentes y organizadores, animando a que “nuestros equipos directivos trabajen desde la creatividad, la innovación y la alianza para lograr evolucionar”, ya que, según sus palabras, “este modelo está agotado”.

Joaquín Estévez, secretario general técnico de la Fundación Ad Qualitatem, ha sido el encargado de presentar a los ponentes y ha puesto de manifiesto la importancia del papel de la AP, de su integración con el espacio sociosanitario y su interrelación con la asistencia hospitalaria.

El turno de intervenciones ha sido abierto por Elisa Tarazona, directora de Organización y Gestión Asistencial del Grupo Ribera Salud (Comunidad Valenciana), quien ha puesto de manifiesto que la clave del modelo concesional es que la propiedad, la financiación y el control sean públicos, mientras que la prestación y la asunción de riesgos es privada.

“La financiación capitativa implica poner el foco en el paciente y en su cuidador”, utilizando herramientas que permitan la integración asistencial de todos los agentes que intervienen en la salud, contando con toda la red sanitaria y los diferentes profesionales y creando una cultura corporativa de la salud de toda la población. Para ello, las herramientas necesarias se centran en la gestión clínica, la política de Recursos Humanos y las tecnologías de la información. El resultado, desde que se integró la Atención Primaria en Alzira, fue la disminución de las urgencias hospitalarias, reordenando la atención y dando más protagonismo a Primaria, de acuerdo esta directiva. Con vistas al futuro, Tarazona anunció que “la presión sobre costes se va a agudizar

más, por lo que hay que hacer reformas, tenemos que adelantarnos, ser proactivos, gestionar en red...".

Jaume Sellarés, director de la Entidad de Base Asociativa (EBA) de Sardenya (Cataluña), ha presentado este modelo de autogestión de los profesionales, que ostentan la propiedad de la empresa y asumen los riesgos, aunque continúan trabajando para el sector público.

De este modo, "ofrecemos los servicios públicos de la cartera, otros privados y algunos servicios exclusivos de Serdanya", dando, al mismo tiempo, gran importancia a la innovación y participando en diferentes acciones comunitarias (enseñar a hacer la compra a pacientes diabéticos, promocionar la práctica deportiva...). Los estudios ponen de manifiesto el alto grado de cumplimiento de objetivos en este modelo, el importante ahorro que supone al Catsalut y las altas puntuaciones que los pacientes otorgan a los centros en las encuestas de satisfacción. Entre las conclusiones, Sellarés ha explicado que "el ahorro vendrá si los profesionales pueden trabajar en un entorno en el que prime la calidad".

Gestión integrada en Ferrol

Ángel Facio, gerente de Gestión Integrada de Ferrol (Galicia), ha comenzado su intervención afirmando que "formamos parte del sistema público, y tenemos que dejar de disculparnos por ello y demostrar que gestionamos bien los recursos". Ha destacado la necesidad de incidir en mayor medida en la relación con los Servicios Sociales, en la gestión de la asistencia infantil y ha puesto de manifiesto los buenos resultados obtenidos en ámbitos como la asistencia integral al cáncer o el traslado del peso de los cuidados paliativos a los centros de salud.

Asimismo, ha explicado que "hay que concentrar el esfuerzo en los resultados asistenciales", y ha puesto de relieve la necesidad de adaptar la normativa a las necesidades y objetivos que se van presentando, manteniendo el liderazgo de los profesionales, "que son quienes mueven la organización".

Por su parte, María Luz Jáuregui, directora médica de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Goierri-Alto Urola (País Vasco), ha hecho hincapié en que "si no integramos al profesional sanitario, no sirve de nada crear una estructura que busque garantizar la integración asistencial". Entre los principales retos en este sentido, ha destacado el que se presentó a la hora de hacer partícipes a los hospitales, por su estructura más jerarquizada.

Asimismo, ha explicado el trabajo de apertura a la sociedad que se está realizando desde AP a través del desarrollo de proyectos de intervención comunitaria, así como el fomento de la investigación en cronicidad y envejecimiento. Como herramientas para la integración, ha nombrado, entre otras, la historia clínica, la receta electrónica y un sistema de calidad único que integra a los dos niveles y a todos los proyectos que se llevan a cabo.

R. – Conferencia Sanidad en Valencia.

2 de Julio de 2013. Valencia.

El día 2 de julio organizado por Unidad Editorial con la colaboración de Expansión, Diario Médico y SEDISA se celebró la Conferencia Sanidad en Valencia en el hotel SH Valencia Palace.

La conferencia fue inaugurada por el Conseller de Sanitat de la Comunidad Valenciana y la modero y presidio el vocal de la Junta Directiva de SEDISA en la Comunidad Valenciana Carlos Alberto Arenas.

En el acto inaugural hablo Julia Brines delegada de expansión en la Comunidad Valenciana sobre los aspectos organizativos y programáticos de la misma. Carlos Arenas que presento al Conseller y alabó el esfuerzo hecho por la Comunidad valenciana que a pesar de tener el presupuesto sanitario más ajustado por habitante ofrece una atención a la salud de alta calidad y con una satisfacción de los usuarios muy elevada. Expuso que en la Comunidad se ha gestionado bien la sanidad, y más aún en los últimos años donde sin hacer recortes lineales ni amortizar plazas de

personal sanitario ha conseguido por ejemplo disminuir en un 10% su gasto real en 2012 y llevar un ritmo de reducción de otro 7% en 2013, todo ello merced a una inteligente estrategia inteligente y planificada basada en los acuerdos de gestión con los equipos directivos y los profesionales implicando a todos en reducir y eliminar lo que no aporta valor, el desperdicio. Destaco que la Comunidad Valenciana es una de las más ricas en socios de SEDISA con más de 100, constituyéndose como la primera agrupación territorial de la sociedad y la que presento más comunicaciones en el último congreso de Hospitales y gestión sanitaria que hicimos en Bilbao, y que además organizara el próximo Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria que se celebrará con sede compartida entre Alicante y Elche.

El Conseller de Sanitat Manuel LLombart ofreció una visión general de la sanidad valenciana reclamando más financiación del estado para la Comunidad que se encuentra a la cola de lo que recibe del estado por habitante pero es la tercera que más esfuerzo presupuestario hace en políticas sanitarias y sociales. Con un presupuesto capitativo de 1003 € por habitantes atiende a casi 5 millones de habitantes un 20% con fórmulas alternativas de gestión como son las concesiones administrativas y los Consorcios. También anunció que se está trabajando desde muchos frentes para mejorar la eficiencia y que se está tratando de perfeccionar el modelo de presupuestación capitativa con el que se paga a las Concesiones.

En la primera mesas de la mañana se analizó por parte de los ponentes los distintos modelos de gestión implantados en la Comunidad, todos ellos funcionando con la premisa de la integración de la atención primaria y especializada, apuesta que hizo la sanidad valenciana hace bastantes años para conseguir la continuidad asistencial.

Melchor Hoyos como Gerente del hospital general Universitario La Fe de Valencia expuso el modelo de gestión directa con las particularidades de la apuesta por la gestión clínica que se hace desde el Departamento de la FE. Sergio Blasco Gerente del departamento Hospital General de

Valencia expuso las particularidades del modelo de Consorcio, sus ventajas, aspectos innovadores y también apuesta por la gestión clínica.

Alberto de Rosa explico el modelo concesional sanitario en la Comunidad Valenciana, conocido como Modelo Alzira, su evolución y extensión en la Comunidad y en España y los retos a los que se enfrenta. Destaco su apuesta por la calidad y la implicación de los profesionales.

En la siguiente mesa Enrique de Porres Consejero Delegado de ASISA hizo una magistral exposición sobre las diferencias en los modelos concesionales sanitarios en España y expuso los estudios que había realizado ASISA sobre retorno de la inversión en los últimos concursos para los seis hospitales de Madrid, entendiendo desde ASISA que la cápita con la que salían era muy baja y no se aseguraba el retorno de la inversión (y por supuesto ninguna expectativa de rentabilidad o beneficios aunque ASISA todos los invierte por su fórmula jurídica de cooperativa de profesionales) si no era con un plan muy agresivo de reducción de costes que ya están actualmente gastándose, lo que suponen siempre tensiones y conflictos, viéndose como recortes, añadidos al político existente en la Comunidad y que, por todo ello, decidieron no presentar oferta en ese concurso.

Vicente Gil Gerente del Departamento de Manises hablo del modelo de pago caritativo en su concesión y abogo por reformarlo teniendo en cuenta las características de la población y la cartera de servicios que se presta, ya que en su departamento está integrada la atención sociosanitaria al tener un centro de media y larga estancia.

También explicó como los departamentos integrados con pago per capita fomentan el desarrollo de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad muy intensas para mantener lo más sana posible a la población.

Posteriormente dio una charla sobre las políticas de salud que se están llevando a cabo en la Región de Murcia el Gerente del Servicio Murciano de Salud, José Antonio Alarcón. Se ha realizado un plan estratégico basado en la colaboración de los profesionales y de los pacientes como pilares fundamentales de nuestro servicio.

En la siguiente mesa Pedro García Capdemón y Fernando Soler socios del bufete Garriges expusieron los aspectos prácticos y jurídicos de la licitación de los contratos en el sector público y en el sector sanitario en particular.

La mesa redonda de final de la mañana se prometía polémica y la hubo, participaba el Director General de Farmacia de la Comunidad Valenciana José Luís Trillo, Mª Teresa Guardiola Presidenta del Colegio de Farmacéuticos de Valencia, Antonio Abril presidente de FEDIFAR, y Marina San Gonzalo, Directora de la Asociación de Afectados por Cáncer de Pulmón. La mesa giró en torno al papel de la farmacia y la distribución farmacéutica así como la logística de la distribución y la mejora de la eficiencia. El Director General de Farmacia expuso las novedades relativas a estos aspectos en el decreto aprobado recientemente por la Comunidad que permite la distribución directa por la Agencia Valenciana de Salud de determinados productos como absorbentes para incontinencia incluidos en el programa AKASA. Mª Teresa Guardiola defendió el modelo de distribución a través de las Farmacias como modelo consolidado y a través del cual también se puede colaborar para hacer una distribución a domicilio. El Presidente de FEDIFAR aporto la visión de la distribución y logística y Marina San Gonzalo la visión de los pacientes, que fue muy enriquecedora, apostando también por facilitar a vida a los pacientes sobre todos enfermos dependientes que no pueden desplazarse, en esos casos programas como AKASA le parecen una gran ayuda.

Después del almuerzo de trabajo tuvo lugar la última mesa redonda Eloy Jiménez Gerente de FISABIO, la fundación para la docencia e investigación de la Comunidad que explico el proceso de integración de distintas fundaciones en una sola para mejorar la eficiencia y las funciones y retos de esta fundación para poder ser autosostenible financieramente sin necesidad de subvenciones externas.

Luis Saurat Director General del Instituto Valenciano de Infertilidad explico el ejemplo del IVI como empresa privada de salud de éxito que busca la excelencia, la innovación y su expansión en países extranjeros ampliando las perspectivas de exportar modelos de salud excelentes fuera de nuestras fronteras.

Por último Xavier Mate Director General de IDC en Cataluña expuso la situación general del gasto sanitario en España y los aspectos de gestión necesarios desde la colaboración público privada para su mejora y sostenibilidad.

Finalmente clausuró la Conferencia el Secretario Autonómico de Sanidad de la Comunidad Valenciana Manuel Escolano agradeciendo a los organizadores el evento, con mención expresa a SEDISA, y a todos los participantes su asistencia al acto.

S. – II Encuentro Especializado. "Colaboración público-privado en el sector sanitario"
26 de septiembre de 2013. Madrid. (Auditorio Unidad Editorial).

El sector sanitario privado tiene dos peticiones para el público: transparencia y debate técnico, según se puso de manifiesto en el II Encuentro Especializado en Colaboración Público-Privada (CPP) en el Sector Sanitario, organizado la por Unidad Editorial con la colaboración de Diario Médico y el patrocinio de Ribera Salud Grupo y Broseta Abogados.

"Hay que poner datos y resultados encima de la mesa y dejarnos de demagogia. Para empezar, establecer compartimentos estancos entre sistema público y privado va en contra de cualquier criterio de eficiencia", sostiene Manuel Vilches, director general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS).

Y para muestra, un botón:"El coste por GRD es más de un 50 por ciento menor en la sanidad privada; algo hay que hacer al respecto, es una cuestión de responsabilidad".

Ahondando en esta exposición, Carlos Alberto Arenas, gerente del Departamento de Salud de Orihuela (Alicante) y vocal de la Sociedad Española de Directivos de Salud (SEDISA), dedicó su ponencia a desmontar "las falacias que circulan en torno a la CPP".

A su juicio, "no da peor calidad, porque tiene iguales o mejores resultados que el resto de hospitales según el Atlas de Variabilidad y los indicadores de calidad de la Comunidad Valenciana; no racanean en servicios, porque muchos cuentan con especialidades de referencia; no

seleccionan riesgos porque hay buenos mecanismos de control y no les compensa; hacen prevención porque les interesa que su población esté sana, y claro que su calidad está evaluada: cada año las concesiones entregan sus datos a las consejerías; otra cosa es que esa información no esté accesible, algo que es culpa de la Administración". En su opinión, "para saber la verdad, lo primero es desterrar prejuicios ideológicos y pasionales".

También incluyó Arenas entre las falacias el supuesto ahorro en tecnología innovadora, falacia que le ayudó a desmontar Margarita Alfonsel, secretaria general de Fenin: "La tecnología innovadora es en esencia eficiente, por lo que estos modelos de gestión son clientes fundamentales, porque buscan ante todo la eficiencia. Además, pagan a los proveedores a tiempo".

Alfonsel recordó además que "las nuevas fórmulas de gestión no han aparecido de repente en una coyuntura económica de crisis, sino que vienen de hace años; no obstante, es ahora cuando deben ponerse sobre la mesa las ventajas que aportan".

T. – II Jornadas de Gestión SEDISA-PFIZER. "Estrategia y Gestión".
3 y 4 octubre de 2013. Salamanca. (Hotel Eurostar Las Claras).

El envejecimiento de la población y el incremento notable de las patologías crónicas, que repercute en una elevada frecuentación hospitalaria a medida que aumenta la edad, suponen un reto de gran complejidad para la gestión clínica y asistencial.
El Sistema Sanitario debe adaptarse a este nuevo escenario para dar una respuesta adecuada, tanto en la atención de los pacientes, como en la eficiencia en el manejo de los recursos disponibles. Así se ha destacado en **las II Jornadas de Gestión organizadas por SEDISA y Pfizer**, clausuradas por **el consejero de Sanidad de Castilla y León, Antonio María Sáez Aguado**, quien ha subrayado la importancia de las estrategias de atención a pacientes crónicos, que persiguen mejorar la eficiencia, reducir las necesidades de hospitalización y el consumo de medicamentos innecesarios y una utilización más adecuada de los recursos sanitarios.
La prevalencia de las patologías crónicas sigue aumentando y según las proyecciones de la OMS entre 2005 y 2015 se incrementarán un 17% las muertes mundiales debidas a estas enfermedades. Asimismo,

originan la mayoría de las consultas de atención primaria y generan más del 50% de los ingresos hospitalarios en España.

Para José María Pino Morales, Director General de Asistencia Sanitaria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL) son necesarios cambios estructurales, organizativos y culturales para afrontar los grandes desafíos del SNS, que se pueden englobar en: demográficos, epidemiológicos, económicos, clínicos y asistenciales, de fragmentación asistencial, seguridad clínica y calidad y atención a las expectativas ciudadanas.

En el mismo sentido, **Andoni Arcelay Salazar, del Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad (SIAC) de Osakidetza**, considera difícil la atención de este enorme colectivo de pacientes con la atención clásica fragmentada y reactiva, con un paciente educado para desempeñar un papel pasivo y sin criterios claros de integración asistencial, "pero todo eso está cambiando con los diferentes abordajes que se están realizando", puntualiza. "La gestión clínica -añade- debe asumir el reto de una adecuada priorización de los pacientes (estratificación) para diseñar intervenciones costo-efectivas y el buen manejo de los procesos siguiendo rutas asistenciales basadas en la integración de niveles asistenciales y profesionales".

Estrategias de atención al paciente crónico

Precisamente, con el objetivo de mejorar la atención del paciente crónico, son varias las Comunidades que han puesto en marcha estrategias específicas. **En Castilla y León, la Estrategia de atención al paciente crónico** "nace con la visión de disponer de un servicio de salud que proporcione una atención integrada y continuidad de cuidados, con capacidad de innovación y adaptación a las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia", afirma José María Pino.

Para ello, se fundamenta en tres pilares básicos: integración asistencial, autonomía y responsabilidad del paciente (extendiéndolo a los familiares, cuidadores y asociaciones de pacientes) e innovación y gestión del conocimiento (incluyendo las herramientas que permiten facilitar la comunicación del paciente con los profesionales, como la historia clínica electrónica única).

Dentro de las medidas ya realizadas, el Director General de Asistencia Sanitaria del SACyL destaca la organización de una red de colaboración con las asociaciones de pacientes y la puesta en marcha de unidades de convalecencia sociosanitaria y la estratificación de la población.

Sobre los resultados de la Estrategia, los más inmediatos se esperan para los primeros años de implantación e incidirán en el número de reingresos hospitalarios y en la frecuentación de urgencias de pacientes pluripatológicos.

Por su parte, entre los pilares sobre los que se asienta la **Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi**, cabe mencionar la integración de niveles (incluido el clínico, social y comunitario), y los profesionales y herramientas (incluidos los Sistemas de Información y las nuevas tecnologías no presenciales), todo ello con una visión centrada en el paciente y con la estratificación como elemento importante para seleccionar grupos de intervención adecuados. "Sin olvidar una actuación, que cada vez debe ser más importante, en el ámbito local, sobre la población sana promoviendo hábitos saludables y conductas preventivas", apunta Andoni Arcelay.

"Nuestra prioridad –señala- es ser más eficaces, tanto en la atención al paciente crónico (sin olvidar por supuesto al paciente agudo) como en la prevención y promoción de hábitos saludables y activación del paciente y desarrollo de nuevas herramientas que faciliten esta tarea a los profesionales, con el objetivo de mejorar la atención al crónico, centrada en su calidad de vida, satisfacción y seguridad, mejorar la eficiencia del sistema y, en definitiva, su sostenibilidad".

Para ello, como parte de la Estrategia se ha trabajado sobre el proceso asistencial, desarrollando rutas de una forma más integrada y proactiva entre todos los niveles asistenciales y profesionales, al tiempo que se realizan acciones para avanzar hacia un paciente activo e involucrar a los demás agentes sociales en la tarea de promover "salud".

"En definitiva –resume Andoni Arcelay- se trata de un proceso complejo y largo que conlleva cambios organizativos, nuevas herramientas y tecnología, desarrollo de nuevos roles profesionales y, lo que es más importante e implica un importante esfuerzo, un cambio cultural".

Gestión por procesos

En su intervención, José María Pino ha querido exponer las ventajas de la gestión por procesos, entre las que se encuentran que prioriza, documenta y estructura los procesos-subprocesos relevantes, tiene en cuenta las preferencias del paciente, incorpora evidencias científicas, estructura las interrelaciones y define responsables, facilita la comunicación y la coordinación entre profesionales y sistematiza la evaluación y mejora continuas. En SACyL, actualmente se han implantado o están en pilotaje 15 procesos con patologías diversas, como la artrosis, las cefaleas, la demencia, o la diabetes tipo 2.

U. – XIII Encuentro Global de Neumología.

7 de octubre de 2013. Córdoba.

A falta de estudios científicos que demuestren que la gestión privada es más eficiente que la pública y viceversa, la gestión clínica, la ingeniería de procesos y la separación clara entre la gestión política y la provisión de los servicios sanitarios, se presentan como las claves para garantizar que el Sistema Nacional de Salud (SNS) siga siendo eficiente y sostenible. Así lo han puesto de manifiesto los asistentes al XIII Encuentro Global de Neumología organizado por Sanitaria 2000 en Córdoba.

Francisco Javier Aspa, director médico del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, ha señalado que "hasta el momento actual no se ha demostrado que la sanidad pública sea mejor que la privada ni lo contrario, pero si se tiene la sospecha de que la sanidad pública no sea sostenible financieramente dada la situación de crisis económica en la que nos encontramos".

"El problema de la sostenibilidad es demasiado complejo para buscar una solución única", ha destacado Alberto Fernández, jefe de Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. "Una parte muy importante de la solución va a ir por la gestión clínica. Tenemos que pasar del 'todo vale al coste que sea' a la ingeniería por procesos", ha añadido.

Por su parte, la jefe de Servicio de Neumología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, Emilia Barrot, ha defendido que "los hospitales públicos son sostenibles, otra cosa es que los

ahoguemos financieramente como ocurre con cualquier otra empresa". La neumóloga ha criticado que "privatizar la sanidad pública significa un fracaso en la gestión".

Nicolás González Mangado, jefe del Servicio de Neumología de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, ha manifestado que "hoy en día existe un exceso de tensión en lo relativo a la gestión privada de centros públicos". "Concretamente, en la Comunidad de Madrid, ha sido poco objetivo", ha apuntado. "Necesitamos evaluar indicadores para ver los resultados de cada sistema de gestión". "Además, ha continuado, hay que ampliar los indicadores haciendo que sean más detallados por servicios".

"Hablar de hospitales ineficientes tampoco es correcto", ha sentenciado Raimon Belenes, director general de Innovación de IDC Salud. A su juicio los errores a corregir para lograr una mayor eficiencia son la politización de las decisiones y de la gestión; la falta de gobernanza del Consejo Interterritorial del SNS; y la falta de transparencia. Belenes apuesta por "devolver el liderazgo clínico a los médicos y hacer frente al derroche con gestión clínica no con medidas administrativas". "El modelo al que tendríamos que aspirar, ha continuado, es el de un hospital con mayor flexibilidad interna". Belenes ha lamentado que la trayectoria de liderazgo político en sanidad ha sido muy pobre". "Existe mucha distancia entre los que estamos remando todos los días y los que dirigen el barco".

Por último, Carlos A. Arenas, vocal de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) ha concluido que lo importante es potenciar la gestión clínica y separar la gestión política de la provisión de servicios.

V. – Jornada de Gestión Sanitaria: Los Directivos y la Gestión de la Crisis.

9 de octubre de 2013. Murcia. (Salón de Actos de la UCAM).

"Hay que "preservar el paradigma del estado del bienestar: la salud" José Antonio Alarcón participa en la UCAM en una mesa redonda sobre directivos sanitarios y administración de la crisis Murcia, 09/10/2013.

La Universidad Católica San Antonio de Murcia ha celebrado este miércoles la jornada de gestión sanitaria 'Los directivos y la gestión de la crisis', en la que han participado varios gerentes de hospitales de Murcia y de Alicante, así como el director gerente del Servicio Murciano de Salud, José Antonio Alarcón, y el presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, Joaquín Estévez, entre otros.

La jornada ha consistido principalmente en una mesa redonda que ha servido para intercambiar reflexiones sobre la situación que vive el sector sanitario en el contexto de recesión económica. En este sentido, José Antonio Alarcón ha señalado que "esta crisis tiene un calado profundo, no es coyuntural. Hay que cambiar cosas y tomar decisiones".

Además, ha destacado la importancia que tiene la sanidad para la sociedad, afirmando que en el sector "no somos oficinas recaudadoras, ofrecemos salud. Hay que preservar este paradigma del estado del bienestar", según informaron fuentes de la institución docente en un comunicado.

Por su parte, el presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, Joaquín Estévez, ha apuntado que el sector sanitario ha visto disminuidos sus ingresos por culpa de la crisis y que ese montante es menor del que se necesita. Además, ha subrayado el valor que tiene el liderazgo dentro de la labor de gestor sanitario, algo que se potencia a nivel formativo en el Máster Universitario en Gestión y Planificación de Servicios Sanitarios que imparte la Universidad Católica San Antonio de Murcia y que ha acogido la celebración de esta jornada.

Mariano Guerrero, Director de la Cátedra de Gestión Sanitaria de la UCAM, ha abogado por la necesidad de un cambio estructural del modelo sanitario, afirmando que el actual "ha sido rematado por culpa de la crisis".

Junto a ellos, en la mesa han participado Juan Antonio Marqués, Carlos Arenas, Ramón Navarro y José María Cerezo, directores gerentes de salud de los hospitales Marina Baixa, Vega Baja, Vinalopo y Reina Sofía, respectivamente; y José Luis Albarracín, subdirector de Asistencia Especializada del Servicio Murciano de Salud.

W. – Hospitalización a domicilio: Un modelo eficiente de gestión del paciente hospitalario. 11 de octubre de 2013. Madrid. (Hospital Clínico Univ. San Carlos).

La hospitalización a domicilio (HaD) constituye una alternativa asistencial que permite realizar en la vivienda del enfermo los cuidados y tratamientos propios del hospital con mayor seguridad, comodidad e intimidad para éste. Este tipo de pacientes proviene de las plantas de hospitalización convencionales, así como de los servicios de urgencias o de las unidades de corta estancia de urgencias.

Éste ha sido el asunto principal de una jornada organizada por MSD y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) que, a partir del título 'Hospitalización a domicilio. Un modelo eficiente de gestión del paciente hospitalario', ha reunido en el Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid a alrededor de 30 asistentes, entre los que se encontraban profesionales del ámbito clínico de las unidades de hospitalización a domicilio (UHD), de la gerencia hospitalaria y de la administración sanitaria.

“La calidad de la atención, los avances científicos, la irrupción de la informática y de las telecomunicaciones, la conciencia de los riesgos que el paciente añade a los propios de la enfermedad que padece cuando ingresa en una institución hospitalaria, y la necesidad de buscar el máximo rendimiento de la flota de camas disponible, justifican el desarrollo de esta jornada monográfica”, ha explicado Modoaldo Garrido, vocal de SEDISA y director-gerente del Hospital Fundación Alcorcón.

“Durante la misma –ha añadido– se han presentado distintos modelos organizativos de hospitalización domiciliaria, se ha hablado de recursos, de las dificultades para desplegar servicios de estas características, de su ubicación dentro de la estructura organizativa de los servicios de salud, de calidad asistencial, de evaluación de resultados, del potencial de desarrollo que tiene este tipo de oferta asistencial, y más aún, en un tiempo en que procede poner en valor cualquier alternativa que permita mejorar el rendimiento global del sistema y, por tanto, avanzar en la gestión eficiente del mismo”.

Por su parte, Mirón, de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario de Torrejón, ha explicado que “la hospitalización es un recurso necesario para el tratamiento de ciertas dolencias, pero el hospital también puede ser un entorno hostil, no sólo por la posibilidad de contraer infecciones o de sufrir complicaciones en él, sino también porque el paciente y sus familiares se sienten desprotegidos ante tanta tecnificación, terminología desconocida y una atención por parte de los profesionales a menudo supeditada a las exigencias laborales de un sistema muchas veces desbordado.

“Por eso, una de las señas de identidad de los centros hospitalarios debería ser que los enfermos permaneciesen en el hospital el menor tiempo posible para garantizar una atención eficaz y segura y, cuando sea necesario, prolongar la atención tras el alta o incluso, evitar el ingreso hospitalario a través de unidades de HaD”.

Beneficios de los programas de HaD

"La HaD consiste en proporcionar en el domicilio del paciente los cuidados que este puede recibir estando ingresado en el hospital, entendiendo por cuidados el conjunto de actividades asistenciales, sanitarias y sociales. Así, se trata de prestar el servicio a cualquier paciente susceptible de ser incluido en este subsistema asistencial, lo que no resulta dependiente de su edad, sino del padecimiento de un cuadro agudo, del que se espera su resolución en el medio plazo", ha puesto de manifiesto Garrido.

Desde el punto de vista clínico, Mirón ha subrayado que "la HaD utiliza recursos materiales, humanos y organizativos propios de la actividad hospitalaria que garantizan unos cuidados equiparables en intensidad y complejidad a los que se prestan en el hospital.

Así, este tipo de organización favorece el proceso de curación o mejoría, disminuye el riesgo de yatrogenia (afección causada o provocada por un acto médico, bien sea por acción directa o secundaria al uso de medicamentos), evita el "hospitalismo" (alteraciones físicas y/o psíquicas que se pueden producir como consecuencia de la hospitalización o internamiento), se proporciona al paciente un mayor grado de comodidad e intimidad, la asistencia es más personalizada y se facilita la educación sanitaria y el autocuidado. Además, elimina los tiempos perdidos en acompañamientos y desplazamientos, al mismo tiempo que se aporta una información y educación sanitarias mayores y más efectivas".

Para Albert Salazar, gerente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, "los programas de HaD además de suponer un nuevo modelo de atención al paciente, contribuyen a la eficiencia clínica ya que, evitar el ingreso hospitalario o acortar la estancia se traduce en un ahorro de costes, además de permitir que esas camas sean ocupadas por otro tipo de enfermos, como por ejemplo, los pacientes quirúrgicos que se encuentran en lista de espera".

En este sentido, y según ha expuesto Mirón, "los resultados obtenidos con los programas de HaD muestran altos índices de eficacia, seguridad y satisfacción. Al final de estos episodios se mostraron indicativos de curación o mejoría superiores al 90 por ciento, mientras que sólo

alrededor de 10 de cada 100 pacientes tratados siguiendo este modelo asistencial tuvieron que regresar al hospital por complicaciones o mala evolución. Finalmente, las encuestas de satisfacción realizadas a los enfermos y familiares mostraron puntuaciones superiores a 9 sobre 10 en la mayor parte de los ítems y la mayoría de los pacientes reconoció que volvería a solicitar el servicio de HaD en caso de necesidad".

Retos de la HaD

Desde el punto de vista de la gerencia hospitalaria, Salazar ha declarado que "quedan algunos retos por alcanzar, sobre todo en un sentido cultural, tanto por parte de los profesionales sanitarios como de los pacientes y sus familias, para que desechen la idea de que sólo se trata de un tema de ahorro de costes, sino de mucho más.

A través de estos programas los enfermos obtienen unos beneficios derivados de no estar hospitalizados, como evitar ciertos riesgos que se incrementan en los pacientes de mayor edad, como son las infecciones, la desorientación o los delirios vinculados a la hospitalización, entre otros. Por otro lado, además de un sistema de gestión beneficioso para la población, lo es para la cuenta de resultados del hospital gracias a una mejor optimización de las camas, una realidad que todos los centros hospitalarios deberían conocer".

En el ámbito clínico, Mirón señaló que "el principal reto es que un mayor número de pacientes pueda beneficiarse de este modelo asistencial. Para ello, se requiere de mayor y mejor información para los enfermos y sus familiares, así como concienciar a las autoridades sanitarias y a los gestores de las ventajas de la HaD tanto para la población como para el sistema sanitario. Por otro lado, los profesionales deberían conocer mejor cuáles son las características y recursos de este tipo de unidades para, de esta forma, poder ofrecer a sus pacientes un modelo de asistencia altamente beneficioso para ellos y sus familias. Adicionalmente, las administraciones deberían invertir en recursos y tecnificación de los programas de HaD con el fin de prestar un servicio cada vez de mayor calidad y acorde a las necesidades de los pacientes".

“La HaD no sólo es un modelo que permite minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la hospitalización convencional y gestionar mejor los recursos disponibles, sino que va mucho más allá. En el domicilio el paciente se encuentra en su entorno, acompañado de sus familiares y con todas las comodidades y la intimidad propias del hogar, un ambiente que favorece el proceso de curación o mejoría”, concluyó.

“Las reformas que se están abordando en los países escandinavos tienen la finalidad de evitar que el enfermo llegue al hospital. Para ello se están centrando los esfuerzos y recursos en la prevención y en la coordinación de la Atención Primaria”. Ésta ha sido una de las principales conclusiones a las que han llegado los expertos reunidos por la Fundación Ad Qualitatem e Improven en la sede de la Fundación Once en Madrid en la jornada ‘Eficiencia y mejora de gestión en el sector sanitario: el ejemplo de los países escandinavos’.

El acto, que ha reunido a medio centenar de profesionales sanitarios, ha contado con la presencia de Antonio Burgueño, director general de Hospitales de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que ha sido el encargado de la apertura del acto. En su discurso, Burgueño ha señalado la relevancia de analizar sistemas sanitarios diferentes a los propios, sobre todo los escandinavos, dado que “los identificamos con la innovación y la modernidad”.

Además, ha añadido que son también ejemplo de colaboración público-privada y es importante saber cuál es su balance. En la mesa, le ha acompañado Alfredo Milazzo, presidente de la Fundación Ad Qualitatem, y Sergio Gordillo, socio director de Improven. Los expertos en los sistemas de salud de Dinamarca, Suecia y Noruega han explicado su funcionamiento actual y han determinado cuáles serán las principales líneas de actuación en los próximos años.

Anders Bildsoe, especializado en el sistema danés, ha expuesto que este país emplea el 10 por ciento del PIB en Sanidad, y que el 90 por ciento de estos gastos son públicos. Según ha detallado, se está reformando el sistema para reducir los gastos y aumentar la eficiencia. Para ello, el sistema de salud de Dinamarca está potenciando la actividad de la Atención Primaria, la prevención y la participación de los pacientes de manera más activa.

Por su parte, Dag Noren, experto en el sistema sanitario sueco, ha puesto énfasis en el aumento de la población mayor y enfermos con patologías crónicas, y todo el coste que ello supone para el sistema. Por este motivo, se están poniendo en marcha lo que denominan equipos comunitarios, formados por tres profesionales que visitan a los ancianos y abordan sus enfermedades de manera global. Con anterioridad, el enfermo era ingresado en el hospital y estudiado de manera independiente, dolencia por dolencia. Gracias a este nuevo concepto, según los últimos datos, las visitas a urgencias han descendido el 80 por ciento.

El sistema de salud de Noruega, ha sido analizado por Peter Emmerich, quien ha señalado que el problema en ocasiones es cultural y otras muchas veces tiene que ver con la falta de colaboración entre los profesionales. Por este motivo, el Hospital de Noruega, "cuyo modelo de gestión hospitalario es ejemplarizante y uno de los mejores del mundo", está trabajando en la optimización de los procesos y en mejorar los itinerarios de los pacientes. De este modo, según ha expuesto, un paciente ha pasado de tardar más de dos horas en ser diagnosticado desde que entra en urgencias a tardar treinta minutos.

Por otra parte, los expertos han alabado la calidad y profesionalidad del personal sanitario español así como la labor de los sistemas informáticos, que aún están despegando en sus países de referencia. "El gran problema que tenemos en este terreno es la sensibilidad de los datos con los que trabajamos y su protección. Se está estudiando la posibilidad de que sean los propios pacientes los dueños de estos datos y que sean ellos los que los porten a los diferentes especialistas", ha afirmado Emmerich.

Por su parte, los directivos de Improven han explicado la importancia de la gestión del cambio en el entorno de la gestión hospitalaria y han explicado cómo llevarla a cabo por medio de una metodología propia en la que los equipos de la firma ayudan a sus clientes y a los mandos intermedios de las compañías a mejorar sus resultados a través de un plan de acción estructurado y con objetivos a corto y medio plazo.

X. – V Jornadas ACMEIM y V Premios

18 y 19 de octubre de 2013. Alcázar de San Juan – Campo de Criptana.

La concejal de Discapacidad, Ana Sánchez, acompañada por el responsable de la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan, Jesús Fernández, la subdirectora de Enfermería de esta misma gerencia, Blanca Fernández-Lasquetty, y el presidente de AER-ACMEIM, Jesús Ignacio Meco, han presentado los actos con motivo de las V Jornadas y Premios ACMEIM que se desarrollarán los días 18 y 19 de octubre en Alcázar de San Juan y Campo de Criptana.

Unas jornadas que combinarán la ciencia con el estudio y el debate, y en las que convivirán profesionales del ámbito sanitario con familiares y personas aquejadas por algún tipo de enfermedad rara. Además, en este 2013, estas jornadas adquieren mayor relevancia por celebrarse el Año Nacional de las Enfermedades Raras.

El objetivo de las mismas pasa por adquirir conocimientos, habilidades y actitudes en el manejo y cuidados de los niños con enfermedades raras, incentivando al profesional a interactuar con el paciente y sus familias, y durante dos días varias serán las actividades que se lleven a cabo.

De esta manera, el viernes 18 de octubre a las 9:30 horas se inaugurarán las jornadas en la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan tras la cual habrá cinco ponencias dirigidos a médicos y enfermeras de Atención Primaria y Especializada, psicólogos, farmacéuticos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, profesores, asociaciones de voluntariado y socio-Sanitarias, y que culminarán con un debate y las conclusiones.

En la Casa de Cultura de Campo de Criptana se desarrolló una jornada de estudio y debate titulada 'La importancia de un paciente informado', con la inauguración de una exposición retrospectiva de enfermedades raras en las que se hablará sobre la historia, investigación y avances en las enfermedades metabólicas hereditarias. Una muestra que se presentará a nivel nacional en el municipio y que recorrerá desde allí algunos de los principales puntos de España. Igualmente, a las 20:00 horas, habrá una conferencia magistral sobre 'La genética y su

importancia en nuestras vidas' a cargo del director de la Unidad de Genética Reproductiva de Sistemas Genómicos, Francisco Xavier Vendrell.

El sábado 19 de octubre a las 10:00 horas, en la Casa de Cultura, continuarán las jornadas con la presentación internacional del trabajo de investigación en enfermedades raras 'Micro y nanotecnologías para diagnóstico de enfermedades raras' tras la cual se abrirán varias mesas de estudio y debate con unas conclusiones que quedarán plasmadas en un documento titulado 'Compromiso Criptana'.

Este mismo día, a las 14:00 horas, en el Auditorio Municipal, tendrá lugar una comida saludable elaborada por los miembros de ACMEIM y con el asesoramiento de profesionales de la Fundación Alicia. Durante los postres se procederá a la clausura de las jornadas con la entrega de los premios de esta edición cuyos galardonados son:

• Premio metabólico manchego 2013: Nilo Lambruschini, pediatra Hospital San Juan de Dios (Barcelona), y Mercedes Pineda, especialista en Neurología Hospital San Juan de Dios (Barcelona).

• Premio AER-ACMEIM Solidario 2013: Antonia Ribes y Jaume Campistol, especialistas en el Congreso Internacional Errores Innatos del Metabolismo.

• Premio Especial ACMEIM 2013: Bartolomé Beltrán e Ignacio Burgos, coordinadores del grupo de trabajo Estrategia de Enfermedades Raras.

• Galardón ACMEIM Gestión Pública 2013: César Pascual, director gerente Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.

• Galardón ACMEIM Gestión Privada 2013: Juan Abarca, secretario general Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad.

• Galardón ACMEIM Enfermería 2013: Jesús Sanz, presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.

• Galardón ACMEIM Farmacia 2013: Julián Creis, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ciudad Real.

• Galardón ACMEIM Médicos 2013: Óscar García, pediatra Hospital Virgen de la Salud (Toledo), y Alfonso Verdú, neurólogo Hospital Virgen de la Salud (Toledo).

• Galardón ACMEIM Discapacidad 2013: César Antón, director general del IMSERSO.

• Galardón ACMEIM Institución Pública 2013: Rafael Matesan, director de la Organización Nacional de Trasplantes.

• Galardón ACMEIM Innovación Sanitaria 2013: Julio Mayol, director Unidad de Innovación Hospital Clínico San Carlos.

• Galardón ACMEIM Periodismo Socio Sanitario 2013: María Rodríguez (El País) y Pedro Simón (El Mundo).

• Distinción ACMEIM 2013: Encarnación Medina, alcaldesa de Villarrubia de los Ojos.

• Socias de Honor ACMEIM 2013: María Manjavacas, periodista Cadena SER, y Celia Pérez-Cerdá, doctora en Ciencias Químicas Universidad Autónoma de Madrid.

• Premio Especial Socio Metabólico 2013: Joaquina Villalta.

Y. – Autocuidado 2013 (I Foro del Autocuidado)

24 y 25 de octubre de 2013. Madrid (Ifema de Madrid).

¿Pueden ser asumidos los costes de la medicina personalizada en los centros hospitalarios sin restar inversión en otras áreas? ¿Se está limitando el acceso por parte de otros pacientes a otros servicios o terapias cuando se invierte en medicina personalizada? ¿Qué lugar ocupa la medicina personalizada en el enfoque estratégico de la sanidad hacia la cronicidad? Éstas son algunas preguntas sin respuesta cuando se analiza el Impacto de la Medicina Personalizada en los Hospitales, título de la mesa organizada por la Sociedad de Directivos de la Salud (SEDISA), en colaboración con Merck KGaA, en el marco del I Foro del Autocuidado, celebrado el 24 y 25 de octubre en Madrid.

En palabras de César Pascual, Director Gerente del Hospital de Valdecilla, en Cantabria, y vicepresidente de SEDISA, “es prioritario que las autoridades sanitarias en el ámbito nacional se posicionen sobre la inversión en medicina personalizada y no haya 17 interpretaciones diferentes –una por cada comunidad autónoma- respecto a dicha inversión”. Además, César Pascual hace hincapié en que para tomar decisiones se debe contar con datos que en la actualidad no existen, siendo necesario “realizar más estudios que cuantifiquen el impacto económico y el coste efectividad de la medicina personalizada en los hospitales”.

Durante la mesa, moderada por Cristina Granados, vocal de la Junta Directiva de SEDISA, quien ha destacado que “debemos analizar si el Sistema Sanitario puede asumir el coste de la medicina personalizada”, se ha analizado el papel del paciente informado y activo en relación a la medicina personalizada y en el marco de un sistema en crisis y riesgo. Según Pere Vallribera, Director

Gerente del Consorci Sanitari de Terrasa y vocal de la Junta Directiva de SEDISA, “se trata de un Sistema en crisis y riesgo en varios sentidos: la crisis económica, frente a la que estamos obligados a mejorar la sostenibilidad, y los problemas estructurales, frente a los que debemos mejorar la eficiencia y efectividad. Asimismo, ya que contamos con un papel insuficiente del ciudadano-paciente, hemos de implicarlo más en su salud y potenciar su accesibilidad al Sistema y su participación”.

A este respecto, Vallribera explica la experiencia en este punto en el Consorci Sanitari de Terrasa, en el que la participación del paciente en su atención sanitaria es progresiva, en relación a “programas de salud comunitaria, programas de paciente experto, teleasistencia, monitorización domiciliaria del paciente crónico complejo, etcétera”. Sin embargo, en nuestro país, la participación de los pacientes en la financiación está muy por debajo de otros países europeos, como Suecia, Dinamarca, Francia o Alemania, “en los que además de en los medicamentos y en la atención bucodental, los ciudadanos participan directamente en la financiación de la atención primaria y especializada y en la hospitalización”.

El impacto de la medicina personalizada en la salud

Entre los diferentes campos de acción de la medicina personalizada, destacan el conocimiento de la predisposición genética a padecer una dolencia, determinar el pronóstico de la enfermedad y seleccionar la terapia eficaz para el paciente. No obstante, “la gestión eficiente y efectiva del uso de este tipo de medicina en todas estas áreas es fundamental”, afirma Carlos Arenas, Gerente del Departamento de Salud de Orihuela, Alicante, y vocal de la Junta Directiva de SEDISA. Carlos Arenas destacó que “el porcentaje promedio de la población para la que un medicamento es inefectivo es muy variable y va desde el 38% en los antidepresivos o el 40% en los tratamientos contra el asma, hasta el 70% en el Alzheimer o el 75% en el cáncer. La selección de los pacientes respondedores a un fármaco caro, como muchos de los antineoplásicos, es uno de los usos de la medicina personalizada que puede ser coste efectivo. En nuestro Departamento estamos usando plataformas génicas en los pacientes de cáncer de mama para conocer si responderán a la quimioterapia”.

En relación a lo que más puede impactar en la actualidad en nuestra salud, Arenas explica que aún mucho más eficaz que cualquier medicina lo que más puede añadir años de vida de calidad a las personas es no fumar, comer adecuadamente y hacer ejercicio físico. “Se estima que la biología humana puede contribuir a la reducción de la mortalidad de la población en casi un 30%, el ambiente en casi un 20% y los estilos de vida en más de un 40%”, explica Carlos Arenas. “Sin embargo, respecto al sistema sanitario tiene una contribución potencial a la reducción de la mortalidad de la población entre el 11-20% mientras se le dedica el 90% del gasto en salud”.

Como conclusión, Pere Vallribera destaca que la suma de los dos hechos –situar al paciente en el centro del Sistema y la medicina personalizada- “supondrá un cambio en el modelo de atención y tendrá un impacto significativo en los parámetros de salud de la población, así como una disminución de la carga económica para la sociedad”.

Z. – 5º Encuentro Global Directivos de la Salud

25 y 26 de octubre de 2013. Segovia. (Parador de Segovia).

Que el papel de la Atención Primaria en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) resulta fundamental es algo es algo en lo que el acuerdo es generalizado, pero la brecha entre estos servicios y las especialidades permanece. Esta ha sido una de las principales conclusiones sacadas de la mesa '¿Cuáles son los nuevos ámbitos de actuación hacia los que se puede dirigir la Atención Primaria?', encuadrada en el 5º Encuentro Global de Directivos de la Salud, organizado por Sanitaria 2000.

La opinión de los expertos presentes en las conferencias realizadas en torno a l tema no han dejado lugar a la duda en torno a la situación en que la Atención Primaria se encuentra. De este modo, el 79 por ciento ha considerado que puede contribuir en un porcentaje alto a la sostenibilidad del sistema. Y sin embargo, el 95 por ciento considera que la valoración que se hace de ella desde el resto de especialidades es media o baja. Las palabras del presidente de la Fundación Economía y Salud, Alberto Giménez Arte, resume el sentir general: "Todos estamos de acuerdo en lo que hay que hacer, pero no terminamos de hacerlo".

En lo que a la importancia de la Atención Primaria en el abordaje de los retos que suponen el envejecimiento poblacional y el progresivo aumento de la cronicidad, los presentes han coincidido de manera unánime a la hora de señalar la falta de financiación como el mayor obstáculo al que enfrentarse. En ese sentido, el presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Álvaro Gándara, ha afirmado que en su campo la financiación no es solo necesaria en términos asistenciales, sino también para "sacar al paciente del circuito clásico de Urgencias". Una idea similar, pero en términos sociosanitarios, ha manifestado Giménez Arte alegando que "no se atiende al paciente crónico, sino a sus episodios agudos".

"Estamos lejos del número de recursos necesarios para dar una respuesta óptima", ha afirmado Gándara haciendo referencia los cuidados paliativos. Pero la situación resulta extrapolable a otras especialidades, como la Neumología. Así lo ha asegurado Estrella Fernández, secretaria general de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, situando la mejora de los equipamientos como necesidad de primer nivel. "Debemos llevar la espirometría de calidad a la Primaria para tener un mejor diagnóstico de las enfermedades respiratorias", ha argumentado.

A pesar del casi total acuerdo en torno a la importancia de la AP, la barrera con el resto de especialidades sigue existiendo, en muchas ocasiones debido a lo intrincado de la burocracia. "La historia clínica sigue siendo opaca y el sistema es laberíntico", ha señalado Fernández añadiendo que "es muy necesario establecer una relación fluida". Sobre ese mismo aspecto se ha pronunciado José Manuel Machín, responsable de la Unidad de Continuidad Asistencial Primaria del Hospital Universitario de Guadalajara, ha apostado por la "continuidad asistencial, entendida como la coordinación de todas las unidades en torno al paciente". Una idea que ha compartido

Giménez Arte, para quien "el enfoque debe orientarse al paciente desde la prevención hasta los cuidados paliativos, y eso solo se puede conseguir mediante el uso de equipos multiprofesionales y multidisciplinares.

Separar el financiador del gestor, asignatura pendiente en el SNS

La posibilidad de gestionar mejor el Sistema Nacional de Salud (SNS) por medio de fórmulas innovadoras y con un rediseño del modelo global con evaluaciones periódicas de los directivos que no hagan depender su puesto del partido gobernante garantizarían el sostenimiento a corto y largo plazo de las prestaciones sanitarias, según han concluido el experto en gestión sanitaria y ex director general de Desarrollo Corporativo en DKV Seguros, Luis Fidel Campoy, y el secretario general del PSOE en Segovia y diputado del Grupo Socialista en el Congreso, Juan Luis Gordo Pérez.

Ambos han debatido sobre este asunto en la primera sesión del 5º Encuentro Global de Directivos de la Salud, que ha congregado en Segovia a más de 70 gerentes y directivos de centros sanitarios. El foro ha sido organizado por Sanitaria 2000, grupo editor de Redacción Médica, y lo han patrocinado Abbvie, Dräger Medical, Elekta, Fresenius Medical Care, Gasmedi y Gilead. Asimismo, el Encuentro ha sido inaugurado por el presidente de Sanitaria 2000, José María Pino; el presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Joaquín Estévez; y el gerente del Complejo Hospitalario de Segovia, Juan Carlos Risueño.

La disyuntiva entre gestión directa y mixta o público-privada de las organizaciones sanitarias, por un lado, y el cambio estructural del SNS, por otro, han copado por tanto esta primera sesión del Encuentro, que ha moderado la gerente del Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda de Madrid, María Codesido.

Gordo Pérez ha asegurado que, por el momento, “no hay evidencias” de que la gestión pública directa o la público-privada sean más o menos eficientes si se comparan: “Más que enfrentar una y otra, existe margen para hacer evaluaciones y para cumplir los contratos-programa, por

ejemplo, y no basar la recuperación del sistema solamente en la colaboración público-privada", ha señalado. Además, ha reivindicado la existencia de evaluadores imparciales que detecten las fórmulas de gobernanza más adecuadas en los centros.

"Desde fuera, mi visión es que hay margen para mejorar la gestión de los centros; con un recorrido limitado, eso sí". "Es una gestión 'inercia' que requiere de un cambio de cultura de toda la organización, que siempre ha sido una prolongación de la función pública y afronta un cambio evolutivo en ese sentido", ha sentenciado.

Por su parte, Campoy ha descartado que el modelo sanitario español "esté en cuestión", ya que es un sistema de financiación pública que garantiza el acceso universal de los ciudadanos. Pero sí, en cambio, es cuestionable la gestión y su profesionalización, debate que se prolonga en el tiempo: "El sistema se gestiona como si fuera la propiedad de una familia, que es la del partido gobernante: he ahí la raíz del problema".

También ha destacado que "hay una necesidad de reformar el sector, y la colaboración público-privada es una manera de que el Estado garantice el acceso a las prestaciones sin ser el proveedor o gestor necesariamente. Se trata de un debate, pues, que debe basarse en evidencias y guiarse por el interés público. No se puede hacer colaboración público-privada sin un debate previo que demuestre su garantía".

Campoy ha citado por tres veces el Informe Abril Martorell de 1991, y ha subrayado que una de sus principales recomendaciones residía, de hecho, en la separación entre financiador, proveedor y gestor de los servicios sanitarios públicos: "Debe otorgarse más autonomía a los centros regidos

por gestión directa y replantearse el rol del Estado en el sector como están haciendo otras naciones como Suecia, ya que es necesario un reajuste muy importante de los presupuestos autonómicos, y todo ello con la alianza de los profesionales", concluyó.

Declaraciones en la inauguración

El presidente de Sanitaria 2000, en su intervención, ha mencionado el "fulgurante crecimiento" de organizaciones como SEDISA, y ha agradecido al Comité Organizador del Encuentro y a las empresas patrocinadoras su labor. Por su parte, el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez, también ha resaltado el trabajo de los organizadores y ha destacado la presencia, entre otras personalidades, de tres directores generales de la Comunidad de Madrid, dos gerentes de servicios autonómicos de salud (del Servicio Extremeño de Salud y del Sacyl) o el diputado socialista Gordo Pérez.

Porque acercan al paciente y le permiten acceder a información sanitaria contrastada

La sociedad evoluciona al ritmo que marcan las nuevas tecnologías en materia de comunicación e información. En ese plano, las redes sociales han adquirido un papel fundamental por su inmediatez y alcance. A pesar de ello, su penetración en los hospitales españoles está siendo lenta, con solo un 18 por ciento de los centros presentes en alguna de estas herramientas, consideradas por los expertos presentes en el 5º Encuentro Global de Directivos de la Salud como fundamentales para acercarse a los pacientes generando opinión y sensación de transparencia.

El director de Comunicación y Relaciones Públicas de la Clínica La Luz, Antonio Gil, se ha referido a que, a pesar de los beneficios que reporta en términos de comunicativos y de imagen, la presencia de los hospitales españoles es aún "limitada". Sobre ese aspecto, la encuesta realizada ha revelado que, según los presentes, falta formación para rentabilizar la incorporación de las nuevas tecnologías de la comunicación.

"A través de las redes sociales tenemos que dar soporte a los proyectos que los hospitales llevan a cabo", ha señalado el director de comunicación del Clínic de Barcelona, Xavier Francas, resumiendo de este modo el sentir general de los participantes en el panel de experiencias 'Hospitales en las redes sociales'. En ese sentido, el gerente del Consorcio Hospital General

Universitario de Valencia, Sergio Blasco, ha incidido en la necesidad de aumentar el contacto "con un entorno que requiere información y que puede llegar a vender la marca del hospital de forma gratuita".

La revolución de las nuevas tecnologías ha traído consigo muchos aspectos positivos, pero también algunos negativos. En concreto, en el ámbito sanitario ha surgido la figura del llamado 'doctor google', que representa aquellas consultas que el paciente realiza a través de la red, y que supone un tipo de información que no siempre está contrastada. "Debemos mejorar en la información que internet ofrece a los pacientes", ha asegurado Francas, insistiendo en que "el cambio es inevitable, por lo que el acceso a las nuevas tecnologías por parte de los cents sanitarios se hace cada vez más necesario".

"Los medios de comunicación tradicionales no pueden cubrir las necesidades que tenemos en la actualidad", ha indicado el jefe de Prensa del Hospital Son Espases de Palma de Mallorca, Francisco Ferrer. En su intervención, ha abogado por su utilización como elemento comunicativo con la sociedad además de como herramienta para la creación de marca. "Tenemos objetivos ambiciosos, y para alcanzarlos necesitamos transmitir nuestra propia información sin intermediarios", ha añadido.

Entre las ventajas que ofrecen estas herramientas no están solo las de carácter comunicativo. La barrera traspasa ese límite para llegar a lo asistencial, como en el proyecto 'Hospital Líquido H2.0', puesto en marcha en el Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu. Así lo ha puesto de manifiesto Julia Cutillas, su responsable de Redes Sociales, y para quien "el futuro camina hacia una Medicina más colaborativa que no tiene por qué llevarse a cabo únicamente en el centro hospitalario". También ha incidido sobre ello la jefa de Comunicación, Calidad y RSC del Grupo Ribera Salud, que ha defendido la necesidad de la comunicación ante lo que ha descrito como "cambio del rol del paciente".

Las redes sociales ponen al paciente en el centro del sistema de salud

Los gerentes y responsables sanitarios de los hospitales españoles concluyeron ayer en Segovia que las redes sociales están contribuyendo a poner al paciente en el centro del sistema nacional de salud y, además, ayudan a mejorar la comunicación y la difusión de la información de los centros sanitarios.

Según el documento de conclusiones del V Encuentro Global de Directores de Salud, dado a conocer por el representante de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Rafael López Iglesias, el Estado es el garante del acceso a las prestaciones sanitarias, pero no es exclusiva su función como proveedor de los servicios de salud, por lo que propugnan una gestión orientada hacia alternativas que faciliten la colaboración pública y privada.

El presidente de la sociedad, Joaquín Estévez, explicó en este foro que los responsables de los hospitales no tienen una postura cerrada de defender solo la gestión pública, que es rígida, burocrática, poco flexible y con pocas probabilidades de mejorar, en su opinión, aunque ha subrayado que la privada tampoco es la panacea de todo. Estévez opina que lo importante es garantizar la sostenibilidad del actual sistema sanitario, pero aclara que es preciso cambiar las reglas del juego a través de una estrategia a medio y largo plazo y no con “medidas cortoplacistas, que son insuficientes".

Todo ello en un entorno en el que los hospitales españoles cuentan con presupuestos insuficientes, desde hace más de 20 años, antes de la Ley General de Sanidad, y van arrastrando déficit de un año para otro. Con los recortes, desde 2010, el gasto per cápita en sanidad en España ha disminuido entre el 15% y el 25%, dependiendo de la comunidad autónoma, por lo que el reto de quienes gestionan es hacer lo mismo, como mínimo, pero con menos dinero. Estévez entiende que se toman medidas de recorte frente a la industria farmacéutica, proveedores y bajada de sueldos de trabajadores porque “faltan ideas para hacer la reestructuración del sistema".

Pacto de Estado

La SEDISA propugna un gran pacto de Estado en materia sanitaria y su presidente pide que quien mande en sanidad sepa del tema, “cosa que no siempre ocurre”, a su juicio, y que se tomen medidas que aumenten la responsabilidad de los directores clínicos asumiendo funciones de gestión, además de las asistenciales.

En las conclusiones se considera que, para gestionar íntegramente en redes integrales de servicios de salud, es preciso que los directivos piensen en el paciente como el centro de todas sus actuaciones. En el encuentro se ha puesto de manifiesto que el perfil de paciente ha cambiado y que la mayoría de los recursos asistenciales son utilizados por pacientes crónicos y pluripatológicos, por lo que se ve necesario modificar las estructuras organizativas, de ahí que se

subraya que la atención al paciente crónico debe liderarse desde atención primaria con equipos multiprofesionales, buscando una atención integral y una continuidad asistencial.
Partiendo de que el Ministerio de Sanidad es responsable de incluir los nuevos medicamentos en la prestación farmacéutica, junto con las comunidades autónomas, fijando los precios, los gestores hospitalarios perciben el gasto farmacéutico como una amenaza para su función, porque desequilibra sus presupuestos, por lo que reclaman que se establezcan fondos específicos de financiación.

A. – Jornada de la Asociación de Gestores Sanitario de Aragón.
7 de noviembre de 2013. Aragón. (Patio de la Infanta - Ibercaja).

SEDISA ve necesario un cambio hacia servicios que integren la atención socio-sanitaria como una vía para mejorar la calidad y la eficiencia. El 80% del gasto sanitario lo producen pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas. La cama en un hospital de agudos es seis veces más cara que en hospitales de media estancia o que en los socio-sanitarios

En un periodo de crisis como el actual se plantea que la sanidad y los procesos que utiliza sean cada vez más eficientes, por este motivo “es un buen momento para abordar el cambio de los servicios hacia la integración de las organizaciones sanitarias (Atención Primaria, Especializada y atención socio-sanitaria). De hecho, todas las comunidades autónomas están avanzando en esta línea”, ha señalado Carlos Arenas, vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), en el marco de una jornada organizada por la Asociación de Gestores Sanitarios de Aragón. De hecho, agrega, “no sólo es necesario”, sino “que no puede retrasarse. Muchas consultas de primaria están relacionadas con el envejecimiento y los procesos crónicos, en los cuales se entremezclan todos los aspectos sociales y hay que darles respuesta”.

Y es que, según este experto, gerente del Departamento de Salud de Orihuela, Alicante, la integración va a ser una tendencia muy importante, ya que “el 80% del gasto sanitario lo producen pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas, muchos de los cuales necesitan o necesitarán atención socio-sanitaria”. Arenas explica que se está “reorientando la

asistencia hacia la atención a domicilio y ambulatoria, y el ingreso a otro tipo de unidades que no son hospitales de agudos, donde la cama es seis veces más cara que en hospitales de media estancia o socio-sanitarios".

A este respecto, una de las iniciativas que viene planteando SEDISA es la necesidad de reorientar el modelo sanitario hacia los crónicos, puesto que, "España es uno de los países con una de las esperanzas de vida más elevadas del mundo y, sin embargo, los años de vida libres de enfermedad en mayores de 65 años y el porcentaje de mayores con dependencia son peores que en la media de países de la OCDE", según señala Joaquín Estévez, presidente de SEDISA.

"Nuestro patrón epidemiológico y nuestro crecimiento poblacional hace que tengamos que adaptar la sanidad, no a las enfermedades agudas, donde actualmente se tiene un gran nivel, sino hacia la atención a crónicos, lo más cerca que se pueda de su domicilio y con las mayores medias sociales y preventivas, y, así, evitar recaídas e ingresos", añade Arenas, que, asimismo, ve necesario "conseguir una atención más integral para este tipo de pacientes".

Competencias autonómicas

En España, cada comunidad autónoma tiene libertad e independencia en lo referente a la sanidad y a la educación, por lo tanto pueden plantear organizaciones sanitarias integradas, argumenta el experto, que analiza que en la actualidad las regiones que más desarrollada tienen esta integración son el País Vasco o Galicia. "En la Comunidad Valenciana tenemos áreas de salud, bajo el nombre de Departamentos Integrados, en los que está integrada la Atención Primaria y la Especializada", añade.

Por último, recalca que este tipo de atención es más eficiente y que lo ideal es evitar los ingresos en la medida de lo posible. "Se está trabajando en estratificar a la población por tipo de paciente con mayor riesgo para identificar quién necesita mayor control y monitorización. Estas medidas evitan recaídas, mejorando la calidad de vida de los pacientes, según se está demostrando en

diversas iniciativas, lo que, además, está dejando ver que es coste-eficiente, genera menos tratamientos y complicaciones".

En cualquier caso, el presidente de SEDISA señala que se debe trabajar hacia la promoción de la salud, "al fomento de hábitos de vida saludables y a la mayor responsabilidad de los ciudadanos en su salud, por lo que reiteramos que se debe ir hacia la integración asistencia primaria-hospitalaria, y, a su vez, con la salud pública y con el espacio socio-sanitario, y, asimismo, reorientar el sistema hacia la atención a la cronicidad, y potenciar iniciativas de 'pacientes expertos', autocuidados y formación por iguales".

B. – VI Jornadas Nacionales de SEDISA

14 y 15 de noviembre de 2013. A Coruña. (Complexo Hospitalario Universitario A Coruña).

La consejera de Sanidad de Galicia, Rocío Mosquera, ha expuesto como emblemas de la nueva relación del Servicio Gallego de Salud (Sergas) con sus proveedores la figura del socio tecnológico, la plataforma logística, la colaboración público-privada en el nuevo Hospital de Vigo y los contratos de riesgo compartido con empresas farmacéuticas. Y lo ha hecho en el contexto de las VI Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), que se celebran en A Coruña.

Para la titular de la Consejería de Sanidad gallega el paciente sigue siendo el centro de las funciones del Sergas y de las prestadoras de servicios pero “solo compartiendo objetivos, conocimientos y riesgos conseguiremos ser más eficientes”, ha asegurado. En su opinión, la complejidad y delicadeza de la situación financiera y económica proporcionan especial relevancia al lema de las jornadas: ‘Obligados a entendernos’.

De hecho, Mosquera se ha referido al sector sanitario como uno de los “motores económicos” nacionales y, por esa razón, ha dejado en evidencia la necesidad de que se cumpla el aforismo escogido por los organizadores del foro: “Convivimos con la incertidumbre pero disponemos de profesionales capaces y de un entorno seguro”, ha señalado, y ha insistido en “la gestión eficiente a partir de los recursos disponibles”.
Han arropado a la consejera en el acto de inauguración de las jornadas –al que han acudido alrededor de 300 directivos, responsables de laboratorios farmacéuticos y gerentes de centros hospitalarios– el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez, y el director general de la Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña, Francisco Vilanova.

254 Directivos de la salud asisten este jueves a las VI Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), que se celebran en A Coruña y centran su foco de atención en la “obligación de entendernos” entre proveedores sanitarios y directivos del sector, según reza el lema del foro y ha ratificado el presidente de la agrupación organizadora, Joaquín Estévez, durante la presentación a los medios del evento.

En ésta han intervenido, asimismo, el gerente del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander y vicepresidente de SEDISA, César Pascual; el director de Procesos Asistenciales de la Gerencia de Gestión Integrada (XXI por sus siglas en gallego) de A Coruña y coordinador de las jornadas, Ramón Ares Rico; y el gerente de la XXI de Vigo y vocal de SEDISA en Galicia, Mario González.

"En un entorno difícil como el actual se hace más necesaria esa relación con los proveedores" –ha declarado Ares Rico– y, entre las fórmulas citadas por los ponentes para llevarla a cabo, destacan los contratos de riesgo compartido que, de acuerdo con Ares Rico, se hacen más factibles en el contexto de las áreas de gestión integradas desplegado en comunidades autónomas como la gallega, ya que "amplían el campo" de acción de los gestores y, ante todo, facilitan la continuidad asistencial entre Primaria y Especializada, aspecto en el que ha insistido González.

El gerente de la XXI de Vigo ha recordado la velocidad a la que avanza el sector sanitario y, en consecuencia, la necesidad imperiosa de adaptar la labor de los gerentes a ese constante cambio: "Cada cuatro años se renuevan los conocimientos médicos vigentes y, cada 18 meses, se duplica la tecnología diagnóstica disponible; proliferan así nuevos tratamientos que son caros pero también eficaces y esa realidad requiere de un nuevo entramado de relaciones", ha explicado.

De acuerdo con González, la relación entre directivos y proveedores equivale a un trato entre socios en el que ambas partes poseen el mismo grado de implicación y deben conocerse entre sí. Además, en su opinión las empresas deben aliarse "para ofrecer al entorno asistencial tecnología, mantenimiento y disponibilidad, y ello por medio de contratos de riesgo compartido" entre otras fórmulas posibles.

Profesionalizar al directivo de la salud, clave para la eficiencia

Por su parte, el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez, ha hecho hincapié en la misión del colectivo de "profesionalizar" la función del directivo de la salud ya que, tal como él lo ve, en ello reside la clave de que una organización sanitaria funcione de forma óptima. Para contribuir a ello, además, el vicepresidente de la agrupación ha mencionado la gestión clínica como otra de las estrategias garantes del sostenimiento a largo plazo del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Pascual ha subrayado que, pese a "estar de moda", las unidades de gestión clínica aún no han cuajado del todo en las diferentes comunidades autónomas, pero las ha defendido como la posibilidad de involucrar al sanitario en la gestión de los centros "a partir de una conciencia ética del uso eficiente de los recursos" disponibles, más bien escasos en el actual panorama financiero.

Nieves Domínguez, gerente del Servicio Gallego de Salud, ha planteado la gestión clínica "como un acuerdo de objetivos un poco más ambicioso que no solo incluye ahorro y eficiencia, sino también calidad asistencial". Por ello, se ha planteado la posibilidad de incentivar a los profesionales aparte de proporcionarles autonomía gestora y todo ello "sin cambiar sus condiciones laborales estatutarias".

En el mismo foro, las VI Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), que se han celebrado en A Coruña, Juana María Reyes, directora del Servicio Canario de Salud, ha recomendado la gestión clínica en la prestación sanitaria pero, al mismo tiempo, ha

advertido del obstáculo procedente de los servicios autonómicos y estatales para llevarla a cabo "debido a un proceso centralizador" que rema en contra de la autonomía de los profesionales.

Respecto al modelo estatutario por que se rige la mayoría de la sanidad pública, Reyes ha razonado que "desde los métodos de selección a las retribuciones o los incentivos" se administran de forma más o menos organizada pero "es verdad que no puede ser que el cien por cien de los profesionales gane lo mismo con independencia de su productividad".

Integración y nuevas tecnologías

"En Galicia la integración asistencial se entiende como una herramienta básica para mejorar la continuidad del paciente y la motivación de los profesionales; las siete áreas en que se divide esta comunidad autónoma responde a un modelo organizativo que facilita la tarea de los gestores al unificar los equipos directivos y proporcionar respuestas más directas y resolutivas a los enfermos", ha explicado Domínguez, quien ha recalcado el papel de las TIC para "llevar a buen puerto" la nueva estructura organizativa.

En el caso de Canarias, tras superar "duras confrontaciones" entre profesionales y equipos directivos de Primaria y hospitalaria, "el resultado ha sido bastante aceptable hacia la integración". Según ha precisado Reyes, ésta "va vinculada a las TIC y al desarrollo de tecnología de la imagen".

Relación con los proveedores

Para Reyes, la rendición de cuentas y la transparencia en la relación entre directivos de la salud y suministradores se convierten en un requisito imprescindible en este momento de crisis económica.

"Precisamente por la época en que vivimos, tenemos la oportunidad de hacer nuevas cosas y mantener una relación más allá de lo comercial con los proveedores", ha declarado Domínguez. Desde su punto de vista, "llegó el momento de ser socios de verdad porque no vivimos en islas y, en efecto, estamos obligados a entendernos porque nuestro objetivo común, aparte de la atención al paciente, es el sostenimiento del sistema sanitario, un objetivo casi de pura supervivencia para el que hay que marcar unas reglas de juego gracias a las cuales ganemos todos".

Accesibilidad y cartera de servicios

Reyes se ha referido al modelo retributivo y a la reducción de la masa salarial en Canarias debido a la situación de incertidumbre en el horizonte. En cuanto a la cartera de servicios, se ha reducido la parte de la accesibilidad y algunos aspectos de la equidad universal, ha reconocido, aspecto en el que ha discrepado Domínguez, quien ha aseverado que, en Galicia, "por el contrario, se ha mejorado la accesibilidad y en todo caso no se ha reducido la cartera de servicios".

Además –ha añadido la gerente del Sergas–, la sanidad gallega ha aumentado su actividad y ha atribuido a los profesionales el mérito de mantener la calidad asistencial. "La cultura de la mejor gestión ha calado entre ellos del mismo modo que no lo ha hecho todavía en otros aspectos como el de la innovación", ha subrayado.

Las medidas cortoplacistas para contener el gasto no son suficientes. Se precisan otras que repercutan en un cambio del modelo productivo a lo largo del tiempo y, en este sentido, el director de Health Systems Strategy en Medtronic Iberia, Francisco de Paula Rodríguez, ha propuesto que la industria y los hospitales se entiendan a partir de tres premisas: la unidad de gestión clínica debe ser el centro de producción dotado de autonomía; la financiación debe aproximarse a resultados y el pago per cápita es el más factible y, por último, los proyectos deben tener una extensión plurianual de sus objetivos.

Para llevar a cabo estos cometidos, De Paula Rodríguez ha citado la figura del socio tecnológico, necesario, entre otras cosas, porque el hospital suele estar sujeto a presupuestos anuales, carece de incentivos para los clínicos y de recursos enfocados a la gestión clínica, no hay financiación de mejoras estructurales y no se aprovecha de la "capacidad instalada".

"Además, un hospital solo tiene dificultades para reinvertir la eficiencia generada", y, en este sentido, la colaboración con un 'partner' tecnológico contribuye a solventar ese escollo.

Colaboración público-privada en electromedicina

Por otra parte, Ignacio López Puech, gerente del Hospital de Canarias, ha explicado en el mismo foro que la electromedicina cobra especial relevancia en el entorno hospitalario y la colaboración público-privada resulta útil para su implementación y desarrollo, como así se ha demostrado en

el centro que encabeza: “Este equipamiento debe ser gestionado (inversiones, formación del usuario…) y mantenido (programas de seguridad, procedimientos de eliminación de residuos…) para que sea rentable y permanezca operativo el mayor tiempo posible y al menor coste”.

El gerente del Hospital de Canarias ha explicado cómo funcionan los contratos de colaboración técnica para el equipamiento de alta tecnología, y ha destacado que debe controlarse el trabajo de los técnicos propios del centro, su formación y resultados.

La formación de los servicios técnicos propios y la disminución de los tiempos de respuesta técnica (y, por lo tanto, la mayor disponibilidad) de los equipos electromédicos, por medio de estrategias como los contratos de colaboración con empresas externas generan ahorros de hasta el 47 por ciento en el caso del Hospital de Canarias, según ha destacado su gerente, Ignacio López Puech, durante las VI Jornadas Nacionales de SEDISA.

C. – La Evolución del modelo de salud. Medidas e iniciativas.

20 de noviembre de 2013. Madrid. (Consejo Superior de Investigación Científicas).

Del año 2009 al año 2012, el presupuesto para la sanidad disminuyó en 9.000 millones de euros en España (de 75.000 millones a 66.000 millones de euros), para encontrarnos en la actualidad con un presupuesto en torno a los 56.000 millones de euros. “Según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad en los últimos años, los desfases entre ingresos y gasto sanitario han sido del 25,5% de media, lo que supone unos 15.000 millones de euros anuales”, ha explicado **Carlos Arenas, Gerente del Departamento de Salud de Orihuela, Alicante, y vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA),** en el marco de la presentación del documento **EVOLUCIONANDO HACIA UN MODELO SOCIOSANITARIO DE SALUD** de la Fundación Economía y Salud, que ha tenido lugar hoy en el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en Madrid.

Tal y como se recoge en la primera parte del documento, sobre el diagnóstico de situación del sistema sanitario, coordinada por Carlos Arenas, los motivos del aumento del gasto sanitario giran en torno, sobre todo, al envejecimiento elevado de la población, al aumento de determinadas patologías crónicas, al encarecimiento de la atención sanitaria debido a las innovaciones terapéuticas y diagnósticas, con un escaso desarrollo de la prevención y promoción de la salud, junto con una ineficiencia de la atención a la cronicidad y la dependencia. “De hecho, según muchos estudios, entre el 15-25% de los procesos realizados en el sistema sanitario son evitables mediante una buena coordinación, planificación asistencial y la aplicación de la medicina basada en la evidencia, siendo éste un margen de eficiencia a mejorar”, explica el vocal de SEDISA. Por otra parte, asimismo, destaca el crecimiento exponencial en los últimos años de los gastos en infraestructuras sanitarias sin la exigible planificación global ni evaluación previa de su necesidad, así como el aumento de la cartera de servicios sanitarios autonómicos sin el consenso previo en el Consejo Interterritorial de Salud.

Ante esta situación, en palabras de Carlos Arenas, “la tendencia debe ser la implementación de modelos que integren salud, atención sociosanitaria y prevención o promoción de la salud, desde una coordinación integral”. Asimismo, Carlos Arenas destaca algunas medidas necesarias desde la gestión para mantener la calidad asistencial sin perjudicar la sostenibilidad del sistema: “se debe realizar una desinversión en salud, desde la eficiencia, evitando duplicidades y haciendo más con los mismos recursos, así como gestionar más según la evidencia científica. Además, las

relaciones con proveedores deben evolucionar a fórmulas de colaboración basadas en la corresponsabilidad, como riesgo compartido o socios estratégicos".

Gestión hacia la cronicidad

Alrededor del 75% del gasto sanitario se genera por enfermedades crónicas, ocho de cada 10 consultas de Atención Primaria se realiza por problemas derivados de las enfermedades crónicas y entre el 65 y el 80% de las urgencias hospitalarias se debe a problemas de salud relacionados con la cronicidad. Además, explica el vocal de SEDISA, "se estima que más del 70% de los mayores de 65 años tiene problemas de salud crónicos que requieren tratamiento".

"Esto nos obliga a reorganizar los recursos, hasta ahora orientados a la atención de pacientes agudos, hacia la cronicidad, -explica Carlos Arenas- integrando en el modelo sanitario de forma efectiva la prevención y promoción de la salud". Para ello, Arenas hace hincapié en que, aún mucho más eficaz que cualquier medicina, lo que más puede añadir años de vida de calidad a las personas es no fumar, comer adecuadamente y hacer ejercicio físico. "Disminuir en un 1% el tabaquismo añadiría miles de años de vida, con calidad, en la población", destaca.

En la evolución del sistema sanitario hacia la cronicidad juega un papel fundamental la gestión por procesos, en la que haya integración y coordinación entre Atención Primaria y Especializada. "Se trata de mejorar la coordinación de la asistencia, acercando ésta al paciente y, al mismo tiempo, optimizando para ello los recursos con los que contamos", afirma Carlos Arenas. "La eficiencia de la gestión por procesos es indiscutible y tenemos ejemplos en países de nuestro entorno que así lo ponen de manifiesto. Uno de esos casos es Suecia, donde han conseguido una gran mejoría de calidad de vida en mayores de 60 años con una de las tasas de frecuentaciones a consultas médicas más bajas de Europa".

D. – III Premio Hinnovar a la eficiencia e innovación Hospitalaria.

21 de noviembre de 2013. Barcelona. (Esadecreapolis).

Ha tenido lugar en ESADECREAPOLIS el acto de entrega de la 3ª 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 tercera edición de estos premios, con la colaboración de ESADE y SEDISA. De este modo, el objetivo es establecer una plataforma para que los profesionales sanitarios aporten y compartan soluciones creativas en la gestión de la calidad asistencial de los hospitales.

La novedad de esta edición es que los proyectos podían presentarse en la categoría de Innovación en Gestión Hospitalaria o Innovación en proyectos con impacto al paciente con cáncer y tenían que contar con el apoyo de la institución que representan.

Estos premios cuentan con una dotación económica de 30.000€ y 10.000€, respectivamente para los primeros y segundos finalistas, que facilitará la materialización de las propuestas. Además contarán con el tutelaje para la implementación del proyecto por parte de ESADE.

En palabras del Dr. Manel Peiró, Vicedecano académico de ESADE, “colaboramos en esta iniciativa porque promueve la innovación y el desarrollo de la gestión sanitaria. Convocatorias como ésta contribuyen a mejorar la gestión hospitalaria y, en consecuencia, buscan la excelencia de la atención al paciente”. Asimismo, ha destacado “la implicación de profesionales vinculados a la asistencia clínica y a la investigación en distintos centros españoles”.

El jurado está formado por dos expertos nacionales en gestión hospitalaria pertenecientes a SEDISA y dos expertos en innovación económica y empresarial de ESADE. 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.

De las 82 iniciativas que se han presentado este año, el proyecto ganador del primer premio de la categoría de Gestión Hospitalaria ha sido para la iniciativa del Hospital Sant Joan de Deu 'Aplicación de las tecnologías de crowdsourced health research studies en enfermedades de muy baja prevalencia', que tiene como objetivo la gestión de datos para avanzar en el tratamiento y la investigación de las enfermedades raras.

La Dra. Mercedes Serrano, neuropediatra del Hospital Sant Joan de Deu, ha señalado que "hace 3 años empezamos a trabajar en la web Guía metabólica dedicada a enfermedades raras para estar el día a día con los pacientes y esta herramienta nos dio la oportunidad de ver los beneficios de la comunidad online". Debido a la ausencia de investigación y tratamientos curativos, "planteamos un proyecto de gestión de datos para avanzar en el tratamiento e investigación de las enfermedades raras. Se trata de una comunidad de pacientes e investigadores para impulsar la investigación en Enfermedes con Errores Congenitos del Metabolismo", añade la doctora.

El segundo premio de la misma categoría ha recaído en el proyecto 'Mejora en la gestión de las listas de espera y la calidad de la colonoscopia' del Hospial Royo Villanova de Zaragoza. La propuesta tiene por objetivo incrementar la calidad de la colonoscopia en cuanto a satisfacción y seguridad del paciente y una mejora en la gestión de las listas de espera de endoscopia digestiva en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

Tal y como ha explicado el Dr. Juan José Sebastián Domingo, jefe de servicio de digestivo del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, "el proyecto consiste en una mejora de la gestión de las listas de espera que se reduce en un 50%, ya que mediante la aplicación de una guía de práctica clínica basada en evidencia científica contrastada, se reduce la utilización inapropiada del procedimiento diagnóstico mediante colonoscopia". El doctor ha destacado que "el otro objetivo del proyecto es la mejora de la calidad y la satisfacción del usuario, en cuanto se introducen determinadas prácticas en la realización de la colonoscopia, como son la generalización del propofol como método de sedación del paciente, con lo que desaparece el dolor".

El primer premio de la categoría Proyectos con impacto en el paciente con cáncer ha sido para el Hospital Universitario Puerta del Hierro de Majadahonda por su proyecto "Plan de mejora de la calidad del paciente oncológico", que tiene como finalidad mejorar la satisfacción de los pacientes de oncología y aumentar la calidad en la asistencia y la información que reciben los pacientes con enfermedades oncológicas, así como sus familiares.

El Dr. Mariano Provencio, jefe de servicio de Oncología Médica y director del proyecto, ha señalado que consiste en una hoja de bienvenida de información, breve manual de recomendaciones, servicio de atención telefónica a pacientes y teleconsulta hospitalaria que permite que los facultativos de los Centros de Atención Primaria puedan realizar interconsultas. Asimismo, ha destacado que "el proyecto tiene como objetivo la disminución de visitas imprevistas en consultas así como el porcentaje de ingresos de pacientes oncológicos, gracias al empleo de las nuevas tecnologías".

El segundo premio lo ha recogido el Dr. Jordi Rodón, director de la Unidad de Investigación en Terapia Molecular del Hospital Vall d'Hebron, por su proyecto 'Athenea, Molecular Trial Navigator', que nace de la participación conjunta entre el VHIO (Vall Hebron Institute of Oncology) y el Hospital Vall Hebron.

"La investigación está avanzando en oncología y nos lleva a la secuenciación molecular y por este motivo nuestro proyecto consiste en la creación de una plataforma de gestión de análisis moleculares y de emparejamiento de alteración molecular- ensayo clínico disponible, que sea útil para médicos, pacientes e industria farmacéutica", afirma el Dr. Rodón. Añade que "proponemos un sistema que integre la información disponible de varios recursos y que provea a pacientes, médicos e industria farmacéutica, los datos necesarios para facilitar el acceso de pacientes a las terapias moleculares adecuadas".

E. – III Premio SEDISA - ANDE

26 de noviembre de 2013. Madrid. (Fundación ONCE).

El gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), Luis Carretero, ha recibido el Premio SEDISA-ANDE a la 'Personalidad Política Sanitaria 2012', que ambas agrupaciones han

concedido por tercera vez, y, en ese contexto, el directivo galardonado ha ensalzado la "capacidad de diálogo" de los sindicatos para llevar a cabo su política reformista, con especial mención al presidente del que representa a los médicos, José Luis Grau.

Del colectivo sindical el premiado ha destacado asimismo su habilidad "para intentar mejorar lo que hacíamos advirtiéndonos de errores que son más fáciles de detectar desde sus organizaciones".

Carretero también ha alabado el papel de los gestores que forman parte del equipo que él dirige en la reducción del déficit con que se topó el Ejecutivo autonómico al llegar al poder en 2011, en concreto un gasto que excedía el presupuesto disponible en 396.000 euros.

Según ha matizado Cristina Granados, exgerente del Hospital de Guadalajara y directiva en Ribera Salud en la actualidad, el mérito del gerente del Sescam se centra, entre otras cosas, en su capacidad para lograr que el máximo número posible de proveedores (el 88 por ciento) cobrara lo que le adeudaba la administración regional acogiéndose al plan del Instituto de Crédito Oficial (ICO), así como en la brillantez con que ha desarrollado, en el ámbito sanitario, el Plan de Garantías ordenado por la presidenta autonómica María Dolores de Cospedal.

La concesión del premio a Carretero también ha sido justificada en este acto por el viceconsejero de Sanidad y Asuntos Sociales castellano-manchego, Jesús Galván, por "mantener la honestidad y el pulso firme en tiempos difíciles, haber elegido con inteligencia cuál era el camino correcto, haber llegado en un momento de partida con cero credibilidad y ahora tenemos algo más, demostrar y poner en evidencia que un sistema que estaba prácticamente arruinado está de nuevo en circulación, es fiable, tiene crédito y todo ello manteniendo la calidad, la atención a los pacientes y lo que es prioritario, saber elegir qué es lo importante y qué es lo accesorio… Es un premio a todo eso y para mí es un orgullo estar aquí hoy con él".

Para el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez, el galardón se corresponde con el compromiso de la organización con el sostenimiento y la reforma de los servicios sanitarios públicos "como muestra de que se puede hacer más con menos reorganizando los recursos disponibles". "En este sentido –ha apuntado– la gestión realizada por Luis Carretero en 2012 es buena muestra de ello, de cómo la gestión es mejorable y de cómo necesitamos directivos de la salud y gestores profesionales". El presidente de ANDE, Jesús Sanz, ha precisado que, si bien el premio se entrega al gerente del Sescam por su labor en este servicio durante el año 2012, ése mérito no hubiera tenido lugar si no le respaldara una dilatada y exitosa trayectoria como gestor en el campo de la salud.

Por último, el propio Carretero ha aludido al informe que SEDISA publicó a principios de año sobre la profesionalización de los directivos sanitarios y ha recordado que el 68 por ciento de éstos acumula diez o más años de experiencia, por lo que se impone un relevo generacional a medio y largo plazo al que Castilla-La Mancha tiene la intención de contribuir por medio de la selección de gestores a partir de sus méritos y capacidades técnicas "y no por el partido al que votan", como así lo demuestra el procedimiento de convocatoria pública para los cargos directivos sanitarios en la región.

F. – 5ª Jornadas Mondragon Health/ SEDISA

3 de diciembre de 2013. Guipúzcoa. (Mongragon).

El objetivo de la jornada ha sido realizar un encuentro práctico entre distintos agentes del sector, en el que se comparten ideas sobre el desarrollo de un nuevo modelo de farmacia asistencial centrada en productos y servicios destinados a obtener una mayor seguridad para los pacientes y una mayor eficiencia en su tratamiento.

La apertura de la jornada ha corrido a cargo de Iñaki Betolaza, director de farmacia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Y a continuación, Mikel Alvárez, responsable de MONDRAGON Health; y Jon Guajardo, Director Gerente del Hospital de Galdakao, han procedido a presentar la jornada.

Tras la conferencia "Fármacos y seguridad" a cargo de Itziar Larizgoitia, se han desarrollado dos mesas redondas sobre "eficiencia y seguridad" y "automatización y eficiencia" donde han participado representantes de Osakidetza (Enrique Peiro), el Colegio de Farmacéuticos de Gipuzkoa (Angel Garay),

GSR (Puri de Pablo), Hospital Santiago (Mª Dolores Martínez García), el Oncológico de Donostia (Gerardo Cajaraville), ARX (Ignacio Barcala), Asserta Foundation Knowledge for Sustainable Healthcare (Josep Monterde), y Farmaindustria (José Ramón Luis Yagüe).
En la jornada han tomado parte más de 140 personas que trabajan en el sector, por lo que los organizadores han realizado una valoración positiva del encuentro.

En general, los objetivos de la jornada se han visto cumplidos en la medida en que los profesionales que trabajan en los ámbitos de hospital, farmacia, etc, han tenido ocasión de intercambiar experiencias.
Por su parte, se ha aprovechado la ocasión para mostrar lo que las empresas de la Corporación ofrecen en este sector: en el hall de Garaia se ha instalado un stand de Fagor Healthcare y también otras empresas han tenido ocasión de exponer sus productos: Ulma Handling, Bexen Medical, Kiro Robotics. En este caso, responsables del Hospital Oncológico han explicado las características de la máquina KIRO Oncology que permite la preparación de bolsas de quimioterapia de manera robotizada. Además, se ha adelantado que dos máquinas como la instalada en el Oncológico de Donostia han sido vendidas a otros hospitales de Cataluña.

G. – Innovación y sostenibilidad den Oncología

3 de diciembre de 2013. Badajoz. (Salón de Actos del Hospital Infanta Cristina).

El cáncer tiene una importante incidencia en España por su elevada magnitud y complejidad. En Extremadura, durante el año 20111, de los 10.500 casos de defunción registrados, los tumores representaron la segunda causa de fallecimiento, con cerca de 3.000 casos (el 28% del total). Un conjunto de nutridos expertos y decisores políticos sanitarios ha tenido la oportunidad de analizar el presente y futuro de la investigación oncológica y las controversias e implicaciones que suponen las terapias innovadoras para la sostenibilidad del Servicio Extremeño de Salud (SES).
El Salón de Actos del Hospital Infanta Cristina de Badajoz albergó el martes la Jornada sobre Innovación y Sostenibilidad en Oncología, organizada por Previsión Sanitaria Nacional (PSN), SEDISA y la Fundación Ad Qualitatem, en colaboración con la compañía biotecnológica Amgen. Durante la jornada, se examinaron asuntos fundamentales para la sostenibilidad en el ámbito oncológico, como son el acceso y la evacuación de los medicamentes innovadores, y el gasto de los ingresos hospitalarios, las consultas externas, el diagnóstico y la cirugía asociados. El director gerente del Servicio Extremeño de Salud, Joaquín García

Guerrero, fue el encargado de inaugurar la jornada junto con la directora de Relaciones Institucionales de Amgen, Concha Serrano, y el presidente de la Fundación Ad Qualitatem, Alfredo Milazzo.

Durante su discurso, Milazzo destacó "la importancia y necesidad de personalizar los tratamientos en oncología para optimización de los gastos, una de las partidas más importantes dentro de os dedicados a la Farmacia, ya elevados de por sí".

Por otra parte, enfatizó el compromiso de la Fundación con la sostenibilidad del sistema sanitario que está plasmando mediante la organización de jornadas como esta y otros foros de debate, además de su actividad normalizadora y certificadora.

Concha Serrano también hizo mención a la medicina personalizada al señalar que "hoy resulta cada vez más importante identificar los mejores y más eficientes tratamientos para el cáncer.

El hallazgo de biomarcadores en oncología molecular está contribuyendo a la aparición de fármacos "hechos a medida", que, no sólo permiten ahorrar costes al sistema sanitario gracias a su eficacia, sino que permiten mejorar la calidad de vida y supervivencia global de los pacientes.

El director asistencial del Servicio Extremeño de Salud (SES), Eduardo Laguna, moderó una primera mesa de debate en la que el director general de Planificación, Calidad y Consumo, José Manuel Granado, explicó con detalle los rasgos característicos de Plan para la Atención Integrada contra el Cáncer (PICA), que resumió en la reducción de la incidencia y morbimortalidad y la mejora la calidad de vida de los pacientes, mediante el aumento de la implicación activa de los ciudadanos en la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables.

A continuación, el director del Departamento Médico de Amgen, el Dr. José Motellón, puntualizó los beneficios de la medicina personalizada, y Pablo Borrega, jefe de Servicios de Oncología del H. San Pedro Alcántara, clausuró la mesa con una previsión de futuro sobre los tratamientos oncológicos.

La segunda mesa de la jornada fue moderada por el director gerente del SES, Joaquín García Guerrero, en la que es subdirector de Gestión Financiera del SES, J. Luis Sánchez Chorro, ofreció un punto de vista financiero sobre la sostenibilidad de los tratamientos oncológicos y César Santos, secretario general de SES, la sometió a debate. Además la responsable del área de Farmaceconomía en Oncología de Amgen, Laura Gutiérrez, defendió varios argumentos sobre la farmacoeconomía al servicio de las decisiones sobre innovación.

Joaquín García Guerrero también clausuró el acto junto al secretario general técnico de la Fundación Ad Qualitatem, Joaquín Estévez Lucas, reivindicando el compromiso de instituciones, profesionales y

ciudadanos para mejorar la prevención del cáncer, la calidad de vida de pacientes oncológicos y ampliación de sus expectativas de vida.

H. – Estrategias para asegurar la Sostenibilidad y la Integración del Sistema de Salud

(1ª Jornada del Ciclo)

11 de diciembre de 2013. Vizcaya. (Salón de Actos del Hospital Univ. de Cruces).

La Fundación Ad Qualitatem y Previsión Sanitaria Nacional (PSN), con el patrocinio de Amgen y SEDISA, han celebrado la primera jornada del ciclo Estrategias para asegurar la Sostenibilidad y la Integración del Sistema de Salud, que ha comenzado en Bilbao y que tiene previsto continuar con ediciones futuras en diferentes ciudades españolas. En este primer encuentro, se ha puesto de manifiesto que Osakidetza es un referente en los ámbitos de la innovación, gestión clínica y sostenibilidad.

La jornada, celebrada en el Hospital de Cruces y que ha contado con un centenar de asistentes, ha sido inaugurada por el consejero de Salud Vasco, Jon Darpón, que ha estado acompañado por el gerente del Hospital, Santiago Rabanal, la directora de Relaciones Institucionales de Amgen, Concepción Serrano, y el secretario general técnico de la Fundación Ad Qualitatem, Joaquín Estévez.

La conferencia inaugural, que ha versado sobre el poder de la gestión para asegurar la sostenibilidad de los sistemas públicos, ha corrido a cargo del profesor de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III, Alberto Infante. El experto ha destacado que se está atravesando un momento problemático en los aspectos ético y legal en lo que respecta a la gestión, lo que implica un riesgo para la sostenibilidad, y ha puesto de manifiesto la importancia del papel del directivo sanitario.

En la primera mesa redonda se han tratado diferentes experiencias en el nivel asistencial de Atención Primaria en Madrid y en Cataluña. Por otra parte, centrándose en el tema de la Oncología, los ponentes Guillermo López (Hospital Universitario de Cruces) y Juan Jesús Cruz (Hospital Universitario de Salamanca) han hablado de cómo las innovaciones clínicas afectan a la medicina personalizada y cómo la crisis pone

en riesgo la innovación, suponiendo un peligro para su sostenibilidad debido al encarecimiento de los tratamientos.

Antonio Arraiza, director sanitario de Osakidetza, por su parte, ha subrayado que la atención a los enfermos crónicos, las nuevas tecnologías al servicio de la medicina, la gestión clínica y la integración de las áreas asistenciales son líneas estratégicas en pos de la sostenibilidad del sistema sanitario.

INFORMACIÓN DE INTERES

A. - SEDISA apuesta por la despolitización de la gestión.

En un comunicado emitido el pasado mes de enero la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), ha manifestado la necesidad de que "la gestión sanitaria en cualquiera de los dos modelos se despolitice y se profesionalice, no ligándola en ningún caso a nombramientos políticos". En esta línea, SEDISA ha presentado antes el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas un documento sobre la profesionalización del directivo de la salud, en el que aboga por la creación de una acreditación profesional para ejercer como directivo sanitario y un acceso a los diferentes tipos de centros por tramos, según acreditada experiencia.

En el comunicado, SEDISA asegura que "un sistema de competencia, ya sea con proveedores públicos, privados o conjuntos, ligado a transparencia de resultados y rendición de cuentas es una potente herramienta para conseguir una mayor eficiencia".

Igualmente, desde SEDISA se recuerda que los grandes Hospitales Públicos de tercer nivel ha sido parte importante en la generación de gasto sanitario y que parte de las bolsas de ineficiencia más importantes pueden encontrarse en estos (incremento de plantillas poco controladas, uso de tecnologías innecesario, etcétera). Por eso, concluyen que "es imprescindible poner en la agenda de reformas estos centros públicos y todos los de gestión directa administrativa en general, para hacerlos más ágiles y mejorar su eficiencia".

La Propuesta de la Sociedad Española de Directivos de la Salud para estos centros sería la transformación de los mismos en entidades de derecho público previstas por la ley, para

mantener la gestión pública sin ánimo de lucro de los mismo pero con fórmulas más ágiles (transformándolas en empresas Públicas, Fundaciones Públicas o Consorcios), e introduciéndolos en la evaluación sistemática del resultado en salud de sus tecnologías y des desempeño.

B. – Impulso para abordar la interoperabilidad en el Sistema nacional de salud.

El pasado 22 de febrero durante el 18 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión sanitaria celebrado en Bilbao la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y HL7 Spain firmaron un acuerdo de colaboración para fomentar la adopción de las normas HL7 entre los directivos de salud miembros de SEDISA.

El acuerdo establecerá el marco de colaboración entre SEDISA y la Asociación HL7Spain que permitirá llevar a cabo actuaciones de divulgación y difusión de los estándares HL7, así como establecer las guías y pautas para la implantación de los estándares HL7 con el objetivo de avanzar en la interoperabilidad de los sistemas en el Sistema Nacional de Salud.

HL7Spain es una sociedad de carácter científico y sin ánimo de lucro, cuyo objeto social es el de promover el desarrollo y evolución del estándar HL7 (Health Level 7) para el formato de datos e intercambio de información entre diferentes Sistemas de Información de Salud. En la actualidad la asociación la forman más de 70 socios entre empresas, profesionales y organizaciones del sector sanitario, así como la mayoría de los servicios de salud de las comunidades autónomas.

SEDISA es una asociación de carácter privado y sin ánimo de lucro, que trabaja en la realización de actividades que contribuyen 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

C. – El Consejero de sanidad y asuntos sociales ha hecho entrega junto a SEDISA e una donación a dos ONG´s.

Estas dos organizaciones percibirán una cuantía de 4.000 euros que será destinada a los colectivos más desfavorecidos de la provincia.

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% 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.

D. – El presidente de SEDISA propone medidas para un SNS sostenible.

Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), ha sacado a la luz un documento, planteado en forma de entrevista, en el que analiza los motivos de la profunda crisis, en el que analiza los motivos de la profunda crisis de financiación del Sistema Nacional de Salud y propone multitud de medidas encaminadas a superarla y garantizar sus sostenibilidad. Además el Dr. Estévez no se dedica a echar balones fuera y a culpar a las administraciones de lo ocurrido, sino todo lo contrario. Más bien, el presidente de SEDISA considera que aquellas de las medidas propuestas en las que un directivos de la salud pueda intervenís solo podrás ser debidamente implementadas si este asume su responsabilidad. “Como mínimo –afirma-, no hemos sido capaces de evitar la crisis pero podemos y debemos superarla”.

MEDIDAS URGENETS PARA ALCANZAR LA EFICIENCIA EN EL SNS

Macro Gestión:

- Adecuar el Gasto Sanitario a los resultados reales incidiendo en la prevención y la promoción de la salud a través de políticas y actuaciones para mejorar los estilos de vida.
- Reducir las desigualdades a través de la equidad. La financiación capitativa se debe ajustar por CCAA.

- Eliminar Estructuras innecesarias y controlar la construcción de nuevas infraestructuras.
- Legislar y Regular para conseguir la autonomía de gestión y el cambio de régimen jurídico de las instituciones sanitarias.
- Restricción de nuevas plazas estatutarias o por concurso-oposición y contención de sueldos.
- Control Férreo de los gastos de personal.
- Restricción del gasto corriente.
- Restricción de las inversiones en infraestructuras y servicios.

Meso Gestión:

- Coordinación entre niveles de atención accionsanitaria para tratar al paciente de forma integral, en el lugar más eficiente y sin duplicidades.
- Reorientación de los sistemas sanitario de las CCAA, hacia la atención a la cronicidad.
- Potenciar la externalización y avanzar en las fórmulas de colaboración público-privado.
- Fomentar la agrupación de servicios para fomentar la economía de escalas y disminuir costes.
- Potenciar el desarrollo de nuevas competencias de enfermeros técnicos y otros profesionales sanitarios para liberar a los facultativos.
- Mejorar la compra de productos y servicios sanitarios.
- Desarrollar las TIC como inversión de futuro: prescripción asistida telemedicina, vías clínicas, etc.

Micro Gestión:

- Disminuir la variabilidad en la práctica médica y seguir usando en benchmarking como herramienta.
- Gestionar por valores, de ellos derivar objetivos y de estos últimos acuerdos de gestión y contratos programa.
- Selección y utilización racional de medicamentos y tecnologías sanitarias.

- Incentivar la productividad y el rendimiento y colaborar con la inspección en los fraudes en la IT.
- Redefinir los procesos para hacer los más eficientes.
- Mejorar y controlar la prescripción a través de vías clínicas, guías de práctica clínica y protocolización.
- Fomentar las prácticas de mejora de los resultados de salud y búsqueda de la eficiencia.
- Mejorar la motivación fomentando el trabajo de equipo y la fidelización, institucional.
- Mejorar la gestión energética de los centros sanitarios.

E. – Luzan5 presenta con SEDISA el informe "Diagnóstico experto sobre Gestión Sanitaria".

La necesidad de definir de las áreas formación es el tema que más preocupa a los Directivos de Salud, según el informe 'Diagnóstico experto sobre Gestión Sanitaria', desarrollado por **SEDISA**, la Sociedad Española de Directivos de la Salud, y **Luzán5**, consultora especializada en formación, marketing y comunicación en el sector salud.

La presentación de los resultados del estudio se celebró el 21 de febrero en el marco del 18 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria en Bilbao. El informe fue presentado por

Patricia Chica, Directora del Área de Consultoría de Luzán5, con la participación de **Joaquín Estévez**, Presidente de SEDISA, y **José F. Soto**, Gerente del Hospital Clínico San Carlos. En el acto contamos también con la asistencia de **Mariano Guerrero**, Director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud y Secretario general de SEDISA. Varios de los Directivos de la Salud que participaron en la encuesta y Directivos de los Departamentos de Market Access de las principales Compañías Farmacéuticas.

La **encuesta** 'Diagnóstico experto sobre Gestión Sanitaria' es el núcleo central de un proyecto que tiene el objetivo de elaborar propuestas de mejora y soluciones para la puesta en marcha de acciones específicas que sirvan para incrementar la calidad integral de la gestión en beneficio de los profesionales sanitarios y de todos los ciudadanos.

Estos son los siete puntos que más interés despiertan en los Directivos de Salud:

1. La proyección mediática de los Directivos de Salud está ligada mayoritariamente a los problemas
2. Es necesario definir las materias claves de formación para los Directivos de Salud
3. Los hospitales con marca propia contribuyen a la imagen de la gerencia y de los Directivos de Salud
4. Los intereses contrapuestos entre los grupos de interlocución dificultan la labor del Directivo de Salud
5. El papel de los Directivos de Salud en los centros públicos en lo relacionado con la negociación y las fuentes de financiación es muy limitado
6. Es necesario un debate y un amplio consenso nacional para replantear cómo, dónde y a qué precios se prestan los servicios indispensables o los de apoyo, o quién puede gestionarlos
7. Es preciso mejorar netamente la capacidad de decisión del Directivo de Salud para seleccionar directivos colaboradores e, incluso, influir en su salario.

F. - SEDISA y ANDE, entidades promotoras del 18º Congreso Nacional de Hospitales que se celebró los días 20, 21 y 22 de febrero de 2013 en el Palacio Euskalduna de Bilbao, destinan 4.000 euros a dos ONG´s con sede en Bizkaia.

Joaquín Estévez presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud y Jesús Sanz presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería hicieron entrega de los cheques de 2.000 € al Bando de Alimentos de Bixkaia (BAB) representado por Luis Crovetto, Responsable de Comunicación y la Asociación Bakuva, representada por el presidente de su Fundación Juan Garteiz. El acto en el que estuvieron presentes el Presidente del Congreso Gregorio Achutegui, la Vicepresidente María Luz del Valle y la Presidenta del Comité Científico, Carmen Yarritú, tuvo lugar el pasado sábado 9 de Marco en el Hotel Meliá Bilbao.

La acción es una muestra de compromiso de SEDISA y ANDE con aquellas organizaciones que concentran sus esfuerzos en fines benéficos y cran oportunidades de progresos en grupos desfavorecidos. Los fondos que han entregado SEDISA y ANDE irán a pasar a los proyectos que las ONG´S estimen más oportunos:

Banco de Alimentos de Bizkaia (BAB), al igual que los demás Bancos de Alimentos, es una institución sin ánimo de lucro que trata de resolver la necesidad básica del ser humano, la alimentación y luchar contra el despilfarro de alimentos. Para este fin promueve la recogida de alimentos, que almacena en sus instalaciones para proceder, posteriormente, a su reparto entre los centros asistenciales cuyo objetivo es dar de comer a los necesitados.

Asociación Bakuva es una asociación sin ánimo de lucro que desde febrero de 2007 se dedica a la integración social de niños y niñas del barrio de Bilbao la vieja cuyo objetivo es atender a menores en edad escolar, favoreciendo su proceso de integración y desarrollo en una sociedad y cultura de convivencia mediante actividades deportivas, lúdicas y académicas.

G. – Enérgica respuesta de SEDISA a un artículo de José R. Repullo.

H. – SEDISA participa en el Congreso Nacional de la SEPAR

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) ha abogado por mejorar la gestión clínica y reorientar el Sistema Nacional de Salud (SNS) hacia la atención de los pacientes crónicos para garantizar la sostenibilidad del modelo sanitario.

SEDISA se ha pronunciado así durante el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), que se ha celebrado del 14 al 17 de junio en Barcelona, y al que este año la Sociedad ha acudido como entidad invitada, reforzando así la colaboración y coordinación entre ambas entidades.

"Hasta ahora nos hemos guiado por un modelo orientado al paciente agudo, pero en realidad la mayoría de los pacientes atendidos en el sistema público presentan patologías crónicas. Además, debido al envejecimiento poblacional esta tendencia va poco a poco en aumento, por lo que es necesario impulsar cambios asistenciales cuanto antes", ha señalado el presidente de SEDISA, Joaquín Estévez.

Asimismo, la propuesta planteada por ambas sociedades coincide con la línea estratégica que ha emprendido el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que, hace unos meses, anunció la puesta en marcha de la 'Estrategia para el Abordaje de los Pacientes Crónicos', que pretende mejorar el tratamiento de las condiciones de salud crónicas, integrando la prevención en todos sus ámbitos y promoviendo la continuidad asistencial, al mismo tiempo que se da respuesta a las necesidades sociosanitarias de los paciente

Por otro lado, Estévez ha insistido en la necesidad de avanzar en el abandono progresivo del "hospitalocentrismo" e impulsar alternativas "más eficientes" respecto a la hospitalización tradicional, como la ambulatorización quirúrgica y el aumento de la capacidad de acción de la hospitalización a domicilio.

"España se encuentra con respecto a otros países en relación a la gestión sanitaria en un nivel aceptable, si bien la gran cantidad de centros que tienen gestión directa administrativa hace que sea poco flexible, difícil de reorientar hacia las necesidades de salud de la población, muy inercial y con problemas de planificación, listas de espera y despersonalización de la asistencia", ha remarcado.

HAY QUE MODIFICAR EL ESTATUTO DEL PERSONAL SANITARIO

Por otra parte, el presidente de la sociedad ha destacado la necesidad de modificar el estatuto del personal sanitario con el fin de retribuir "diferenciadamente" según implicación y rendimiento y que, además, los profesionales sean "más evaluables" por el sistema y por el paciente. "Es fundamental potenciar la gestión clínica y la medicina basada en la evidencia también en los centros públicos y que la gestión de los nuevos centros sea por concesión administrativa pero bien pensada y planificada", ha recalcado.

Asimismo, para implicar a los profesionales en la mejora de los procesos y conseguir la máxima eficiencia, ha subrayado la importancia de que ésta se introduzca como uno de los valores primordiales durante su formación y como compromiso ético con la sociedad para poder mantener la calidad, seguridad y equidad del sistema. "Debemos establecer un marco de relación que mejore la productividad de los profesionales, dado que existe una gran diferencia en el nivel de rendimiento entre distintos centros, lo que deja claro que aún hay margen de mejora. En este sentido, tenemos un gran reto, que es el de conseguir mantener y mejorar el nivel de salud de la población a un coste asumible. Para ello, es mucho más importante el adecuado control, la planificación y la recompensa a la excelencia que pueda tener la fórmula de gestión que se aplique que la fórmula en sí", ha concluido.

I. – Rafel López Iglesias asume la gerencia integrada de Zamora.

El gerente del Complejo Asistencial de Zamora, Rafael López Iglesias, se pondrá al frente de la Gerencia Integrada de la provincia, según han confirmado a *Redacción Médica*, fuentes de la Consejería de Sanidad. López Iglesias asume la gestión de Atención Primaria y Especializada ahora unificada bajo esta fórmula tras el regreso del gerente de Atención Primaria de Zamora, Juan Iglesias Matías, a su plaza de funcionario.

Esta experiencia comenzaba hace aproximadamente año y medio en Soria y Valladolid-Oeste, como pilotos, aprovechando que el gerente de Atención Primaria de la primera se jubilaba y el de Valladolid-Oeste solicitaba volver a su plaza de funcionario. La intención de la Consejería, han señalado las mismas fuentes, es extenderlo al resto de la comunidad progresivamente. Para ello

trabajan en la elaboración de un decreto que establezca el marco normativo para su puesta en marcha.

J. – Comparecencia antes la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados.

El presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Joaquín Estévez, ha comparecido hoy ante la **subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados** para explicar las reformas estructurales diseñadas por su organización, dirigidas a garantizar la sostenibilidad y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y que, a su juicio, deben ser *"adoptadas de forma inminente ante el estado de precariedad en el que se encuentra la sanidad pública".* El presidente de SEDISA ha comenzado su intervención insistiendo en que "*es la hora de las reformas. No podemos permanecer al margen de la necesidad urgente de reducir el déficit público, y debemos enfrentarnos a esta situación con propuestas encaminadas a reorientar el Sistema hacia la promoción de la salud, la mayor responsabilidad de los ciudadanos en su salud y orientándolo hacia la atención a la cronicidad".*

En este sentido, Estévez ha detallado una serie de propuestas de acción que pasan, en primer lugar, por adoptar un modelo de desinversión, "*eliminando de la financiación lo inútil, inseguro e insensato*", según dijo. Asimismo, es clave "*la creación de una agencia evaluadora que identifique las novedades financiables para determinar las actuaciones merecedoras de desinversión y para poder contar con un observatorio de resultados transparentes y comparables".*

En materia de recursos humanos, Estévez ha propuesto modificaciones puntuales en los estatutos de personal para fomentar la meritocracia, la diferenciación profesional, el pago de retribuciones variables por consecución de objetivos y la puesta en marcha de procedimientos ágiles de contratación de profesionales y de provisión de jefaturas. Consciente de que sin la implicación de los profesionales todas las propuestas planteadas fracasarían, la intención de

Estévez es enfocar los esfuerzos hacia la profesionalización de la gestión. Por ello, el presidente de SEDISA ha demandado ante los miembros de la Subcomisión el apoyo a la profesionalización de la gestión a través de la creación de un Área de capacitación profesional en el desarrollo de la Ley de Ordenación de las profesiones Sanitarias. En palabras de Estévez, "e*sto contribuirá a mejorar la estructura, organización y funcionamiento de nuestras instituciones y, por tanto, de los resultados económicos-asistenciales de la prestación de asistencia sanitaria".* **Rediseño de la Atención Primaria** Otro de los cambios que propone la Sociedad, según ha detallado Estévez, es la reforma del primer nivel asistencial, reorientándolo hacia un modelo que mejore la accesibilidad y el rendimiento, al tiempo que refuerce su integración en el sistema, que debe abandonar su carácter hospitalocentrista. A juicio de Estévez, *"el sistema actual es muy sanitarista, poco salubrista y poco integrado con el espacio socio-sanitario, aderezado, además, con una gestión rígida, burocrática, obsoleta y poco empresarizada*". En este sentido, el presidente de SEDISA ha insistido en la necesidad de reorientar el modelo sanitario hacia los crónicos, puesto que, según recordó, "*España es uno de los países con una de las esperanzas de vida más elevadas del mundo y, sin embargo, los años de vida libres de enfermedad en mayores de 65 años y el porcentaje de mayores con dependencia son peores que en la media de países de la OCDE".* **El pacto de Estado, necesario** El presidente de SEDISA también ha hecho hincapié en la tarea de impulsar las TICs, seguir avanzando en la atención domiciliaria, en el desarrollo de los cuidados paliativos y en el impulso de la investigación aplicada, así como establecer relaciones de confianza y riesgos compartidos con todas las empresas del sector. Pero ante todo, Estévez ha remarcado la importancia de establecer un pacto político global que permita aplicar de forma sensata y ordenada las reformas que se aprueben en el Congreso de los Diputados. En palabras de Estévez, "e*stamos ante la ineludible y urgente necesidad de realizar un ejercicio de política responsable, que nos corresponde a todos, pero que tiene unos responsables que no pueden seguir ocultándose. De seguir con la tendencia actual, en un futuro no muy lejano nos veremos abocados a un colapso de un sistema sanitario público del que los españoles estamos razonablemente orgullosos".*

RESUMEN DE LAS PROPUESTAS DE SEDISA A LA SUBCOMISIÓN DE SANIDAD DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

1. Adoptar un **modelo de desinversión**, eliminando de la financiación lo inútil, inseguro, inclemente e insensato.

2. **Creación de una agencia evaluadora**, para señalar las novedades financiables, para determinar las actuaciones merecedoras de desinversión, para tener un "observatorio de resultados", y que estos sean transparentes y comparables, y permitan tomar decisiones.

3. Diseñar un **nuevo modelo de financiación de las instituciones prestadoras de servicios sanitarios**, separando claramente las funciones de aseguramiento, financiación, compra y provisión de servicios, dotando de auténtica autonomía de gestión a los proveedores.

4. Modificar el sistema tradicional de **relaciones laborales**.

5. **Reorientar la atención primaria**, para que los profesionales asuman más riesgos y beneficios derivados de su mayor o menos eficiencia, y de la consecución de resultados clínicos.

6. **Desarrollar más y mejor la salud pública**.

7. Profesionalizar la gestión. El S.N.S. debe disponer de directivos de la salud con la necesaria cualificación profesional en gestión de centros sanitarios o en gestión de empresas. Por ello, les pedimos que apoyen y fomenten esa necesaria profesionalización y la **creación de un Área de capacitación profesional en el desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarios.** Esto contribuirá a mejorar la estructura, organización y funcionamiento de nuestras instituciones, y, por tanto, de los resultados económicos-asistenciales de la prestación de asistencia sanitaria.

8. **Reformular los ingresos económicos** por actividad.

9. Y sobre todo establecer un **pacto político global** que permita aplicar sensata y ordenadamente las reformas que se aprueben en el Congreso de los Diputados.

K. Semana Sanitaria: Los gerentes aciertan en su diagnóstico de la Sanidad.

En medio de la ola de demagogia contra las reformas sanitarias, hay alguien que impone cordura y dice verdades como puños aun a riesgo de nadar contracorriente. Ajena a manifiestos teledirigidos contra el PP, a la diatriba que pregona con machacona estulticia que es posible ofertar los mismos servicios con menos dinero, y a la ridícula cantinela de una supuesta privatización que encubre un burdo intento de mantener los privilegios adquiridos por parte de

los que la divulgan, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) ha dado en el clavo con una declaración muy clarificadora de la realidad que azota al insostenible sistema sanitario. Recuerda que no pueden invocarse las cifras de gasto sanitario "para no hacer reformas de calado en la gestión, ya que estamos inmersos en la mayor crisis económica de los últimos 50 años y el presupuesto en Sanidad supone entre el 30 y el 40 por ciento del gasto de las comunidades, la mayor partida". También señala que "la falta de liquidez es un problema acuciante", y remarca que el déficit ha sido sistemático desde 2002, "pero ahora "hay que tomar medidas urgentes para controlar el gasto público en todas sus partidas". "No debemos caer en el error de pensar que mayores presupuestos y recursos sanitarios significan automáticamente más salud", apostilla. La declaración no tiene desperdicio. Por ejemplo, subraya que "en Cataluña la gestión alternativa —la misma que critican ahora los supuestos defensores de lo público— supone más del 50 por ciento de los proveedores desde hace muchos años, sin que ello suponga merma de la calidad asistencial o los resultados en salud; en la Comunidad Valenciana, el 20 por ciento de la población está cubierta por concesiones administrativas de gestión privada de servicio público con titularidad pública, quedando los departamentos que ofrecen dichos servicios en los primeros lugares del *ranking* de calidad que monitoriza la consejería de Sanidad de la comunidad".

Los gestores que están en el día a día insisten en que "no se puede demonizar ningún modelo de gestión: Igual de falaz es decir que la gestión privada de servicio público va a disminuir la calidad asistencial y solo busca el lucro, que decir que la gestión pública directa es absolutamente ineficiente". Y denuncian la existencia de estas bolsas de ineficiencia por las que se fuga el dinero, como las hospitalizaciones innecesarias, por lo que recomiendan mejorar la gestión directa y establecer mecanismos de control e incentivación eficaces. En este punto, critican la politización de la gestión y demandan una mayor competencia entre proveedores sanitarios en España, ya sean públicos, privados o conjuntos. El documento, coordinado por **Carlos Alberto Arenas**, advierte del papel que tienen los grandes hospitales públicos en la generación del gasto, por lo que recomienda enfocar también hacia ellos las reformas para hacerlos más ágiles, transformándolos en empresas públicas, fundaciones o consorcios". Se puede decir más alto, pero no más claro: o se introducen reformas, o el sistema se hunde.

L. Los gestores sanitarios apuestan por la prevención para reducir los costes en la sanidad pública.

La Sociedad Española de Directivos de Salud (SEDISA) ha publicado recientemente un documento en el que hace balance de la realidad socioeconómica que vive la sanidad pública española y aporta algunas soluciones para paliar el déficit económico que sufre la misma. Según los directivos de sanidad gran parte del gasto de las comunidades autónomas se destina actualmente a la sanidad (más de un 40% en la mayor parte de los casos) y esto no redunda finalmente en una calidad asistencial mayor por lo que la salud de la población debería abordarse, según esta asociación, desde puntos de vista nuevos y, sobretodo, desde el campo de la prevención.

En fechas recientes el Colegio Oficial de Enfermería de Castellón ya destacaba la necesidad de potenciar la faceta educativa y preventiva que juegan las enfermeras. Un ejemplo claro es el trabajo de las enfermeras escolares, que han demostrado con su trabajo en los colegios públicos de Benicàssim, un incremento en los conocimientos y actividades en pro de la salud de los alumnos y los padres respecto a otras localidades sin esta figura.

En este sentido las posiciones defendidas por SEDISA encajan con el postulado de los colegios profesionales de Enfermería de la Comunitat Valenciana, que defienden desde hace tiempo una mayor implicación de las instituciones sanitarias en la prevención y la atención a los crónicos.

Según destaca SEDISA "está bastante estudiado que a partir de un determinado nivel de gasto sanitario no aumenta la salud de la población, circunstancia que se da en nuestro entorno de la OCDE, ya que la salud de la población está muy influenciada por estilos de vida, el ambiente, el desarrollo socioeconómico, educativo, la carga genética y en menor medida por la asistencia sanitaria. No debemos pues caer en el error de pensar que mayores presupuestos y recursos sanitarios significan automáticamente más salud. Los sistemas sanitarios más eficientes en nuestra sociedad occidental, donde uno de los factores más importantes es el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional, son aquellos que están girando el enfoque de

su planificación y acción hacia la atención sociosanitaria, la atención a la cronicidad, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, consiguiendo más años de vida saludables".

Desde lo público y desde lo privado

SEDISA ha reclamado que se acabe con el conflicto entre la sanidad pública y privada por demostrar cuál de estas es mejor gestionando los recursos ya que, según aseguran, es un discurso estéril. Según los directivos sanitarios ambas opciones tiene puntos positivos y negativos y, en ambos casos, el objetivo debería ser un sistema eficaz de gestión que maximice los beneficios sociales y, al mismo tiempo, los económicos. "Consideramos -aseguran desde SEDISA- que no se puede demonizar ningún modelo de gestión. Igual de falaz es decir que la gestión privada de servicio público va disminuir la calidad asistencial y sólo busca el lucro, que decir que la gestión pública directa es absolutamente ineficiente, son discursos extremos que no reflejan la realidad que es mucho más compleja. La buena gestión puede darse en cualquier modelo. Los modelos de gestión son meras herramientas para conseguir el fin de obtener la mejor gestión sanitaria posible, que en el caso de una sanidad pública sufragada por impuestos debe ser la que permita obtener el máximo nivel de salud al menor coste colectivo para la ciudadanía, que es quien la paga, manteniendo la equidad. Esto es una gestión orientada a maximizar la eficiencia".

Los grandes hospitales, más controlados

No hay que olvidar que los grandes Hospitales Públicos de tercer nivel han sido parte importante en la generación de gasto sanitario y que parte de las bolsas de ineficiencia más importantes puede encontrarse en ellos, bien por exceso de uso de tecnologías innecesario por su accesibilidad, así como por incrementos de plantillas poco controladas, inducido por el poder mediático y de atracción de dichos centros. No se está prestando atención en el debate de la reforma sanitaria estos centros y otros de gran tamaño de gestión pública directa, ya que sistemáticamente se obvian y olvidan limitándose las fórmulas alternativas de gestión en gran medida a centros nuevos, periféricos o de mediano tamaño. Es imprescindible poner en la agenda de reformas estos centros públicos y de todos los de gestión directa administrativa en general,

para hacerlos más ágiles y para que teniendo mejores herramientas de gestión puedan entrar en una dinámica de competición y mejorar de su eficiencia. Para ello nuestra propuesta sería la transformación de los mismos en entidades de derecho público previstas por la ley, para mantener la gestión pública sin ánimo de lucro de los mismos, pero con fórmulas más ágiles como hemos comentado ya sea transformándolos en Empresas Públicas, Fundaciones Públicas o Consorcios, asignándoles una financiación capitativa ajustada e introduciéndolos en la senda de la evaluación sistemática del resultado en salud de sus tecnologías y del desempeño.

Las asociaciones científicas exigen más profesionalidad en la gestión

Por su parte la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME) sostiene que hay "una alternativa a la privatización de la sanidad pública y esta reside en impulsar la gestión clínica con reformas jurídicas que permitan mayor flexibilidad, según expresa en un manifiesto. Para ello reclama gestores capaces".

El presidente de FACME, José Manuel Bajo Arenas, presentó este lunes la declaración "pactada, digerida y corregida" por las sociedades científicas y médicas que conforman la federación, pero, antes, se vio obligado a aclarar que son ellas las que han impulsado este manifiesto y que en manera alguna se ha querido poner en cuestión el papel de los consejeros de sanidad, sino ofrecer un diálogo constructivo por la sostenibilidad de la sanidad pública. "Todo él es un ofrecimiento al pacto", insistió Bajo Arenas.

El **manifiesto de ocho puntos**, fue presentado oficialmente el lunes por el Presidente de FACME, el Vicepresidente, Carlos Macaya, el Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunicataria (SemFYC), la Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), el Presidente de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular, Francisco Vicente Álvarez, y Fernando Carballo, miembro de la Sociedad Española de Patología Digestiva.

Revisar las políticas

En el documento, al que se han adherido la OMC y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), hace un llamamiento a las comunidades autónomas que parecen dispuestas "a limitar su responsabilidad directa de gestionar el sistema sanitario público, proponiendo la transferencia de una parte sustancial de esta gestión (prestación de servicios) a empresas privadas, sin enfrentar decididamente medidas para preservar y/o introducir mejoras en el funcionamiento del propio sistema sanitario público". Se trata de una política que, para la FACME, merecería ser revisada, "buscando responsables capaces de afrontar verdaderamente el conjunto de las reformas necesarias para el SNS".

Para la federación, "no existen precedentes, en las democracias avanzadas, de tomas de decisión de esta trascendencia sin que hayan sido sometidas a un debate público" por lo que demandan a los políticos que propugnan la privatización de la gestión de la sanidad que hagan públicos los datos en los que se basan sus decisiones. "No se trata de una solicitud de información, sino una exigencia democrática", recoge el manifiesto.

Frente ello, las sociedades integradas en FACME entienden que existen alternativas "menos traumáticas" que tienen como núcleo fundamental el desarrollo de la autonomía de gestión clínica y que, en su opinión, preservan los principios generales del Sistema Nacional de Salud. Fue Carlos Macaya, Vicepresidente de la Federación, el que planteó la necesidad de dotar a los centros públicos de una nueva personalidad jurídica para que puedan gestionar con mayor flexibilidad, recordando las reformas estructurales que, en ese sentido, llevó a cabo el ministro de Sanidad José Manuel Romay Beccaría.

M. Los directivos sanitarios dan sus visión "más profesional, sosegada y ponderada" del debate sobre las reformas sanitarias. (SEDISA apuesta por el modelo de empresa pública).

Está claro que el SNS debe reinventarse, lo que genera dudas es la forma de hacerlo. En un intento por poner las cosas en su sitio, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) ha elaborado una declaración que centra el debate sobre los modelos de gestión sanitaria. Así, los directivos consideran que no se puede demonizar ningún modelo de gestión. "Igual de falaz es

decir que la gestión privada de servicio público va disminuir la calidad asistencial y sólo busca el lucro, que decir que la gestión pública directa es absolutamente ineficiente. Son discursos extremos que no reflejan la realidad que es mucho más compleja", reza el documento.

Se parte de la base de que si bien según los últimos datos de 2009 el SNS está justo una décima por encima de la media de la OCDE de gasto sanitario en relación a nuestro PIB, (un 9,6 por ciento), esto no puede servir de justificación para no hacer reformas de calado, dado que el presupuesto en sanidad supone entre el 30 y el 40 por ciento del gasto de las comunidades autónomas. Y es que la falta de liquidez es un problema acuciante. Según indican los datos del período 2007-2010 estamos hablando de unas desviaciones del 25,5 por ciento en el gasto total sanitario, lo que implica unos 15.000 millones anuales de déficit que ha estado generando la sanidad en España de forma sistemática desde 2002 (*ver tabla detallada por comunidades*).
Para Manuel Huerta, vocal de la junta directiva de SEDISA, durante demasiado tiempo se ha vivido con la convicción de que en el sistema sanitario público todo era posible, que el desarrollo estructural, organizativo y tecnológico no tenía límite ni retroceso. "Se ha generado una cultura basada en la creencia de que en salud más es mejor", matizó al tiempo que aseguró que esta afirmación es falsa y hay que tener en cuenta que las resistencias al cambio son y serán "enormes" si bien "no hay más alternativa que perseguirlo". Éste es un planteamiento que se recoge también en la declaración de SEDISA. De hecho, si se analizan los últimos datos sobre años de vida sanos en mayores de 65 años de Eurostat, los países nórdicos se sitúan entre los 13 y los 15 años, mientras que España está por debajo de la media, con sólo 8 ó 9. "Se debe reorganizar el sistema hacia la atención a la cronicidad y promoción de la salud y prevención de la enfermedad", subrayó Carlos Alberto Arenas, vocal de la Junta directiva de SEDISA y coordinador de la declaración.

Empresa pública

El también gerente del Hospital Vega Baja de Orihuela se plantea qué hacer con los centros públicos tradicionales que producen el mayor gasto sanitario y que pueden tener más bolsas de ineficiencia, dado que han absorbido muchos recursos y en épocas de bonanza se han sobredimensionado sus plantillas. En este sentido, su transformación en empresas públicas,

fundaciones o consorcios ofrecen más flexibilidad para poder gestionarlos. "Las nuevas contrataciones pasan a ser laborales, al transformar su régimen jurídico se rigen por el derecho mercantil y tienen más posibilidades para gestionar su presupuesto", apunta Arenas afirmando que cuando se hacen evaluaciones de indicadores de productividad estos centros suelen ser de los primeros. Se trata de una fórmula que lleva años funcionando en Cataluña, donde casi el 50 por ciento de los centros son consorcios, fundaciones o empresas públicas, o en Andalucía —donde desde que se comenzó con la fórmula en 1992 con el Hospital Costa del Sol todos los nuevos hospitales la siguen—. "Creemos que es un modelo que no genera tanto rechazo como la gestión privada, permite seguir manteniendo la titularidad y la gestión pública pero rigiéndose por el derecho mercantil", matizó. No obstante, el documento de SEDISA apunta a que la buena gestión puede darse en cualquier modelo. "Todas las herramientas pueden ser buenas si existen suficientes controles por parte de la administración pública que garanticen transparencia y que se cumplen unos estándares de calidad", explicó Arenas.

Más categórico al respecto es Huerta. El director gerente de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir se muestra convencido de que el modelo evolutivo correcto es el empresarial público y en "ningún caso el de fórmulas de privatización de la provisión del servicio".

Respecto a las movilizaciones de los profesionales que se están produciendo en la Comunidad de Madrid, los directivos las ven con "preocupación". "Adolecen de una falta de conocimiento en cuanto a gestión que les permita ponderar que el cambio planteado no supone una privatización", aclaró el coordinador del documento. De este modo, SEDISA apuesta por introducir una mayor competencia entre los proveedores sanitarios, ya sean públicos, privados o conjuntos, para evitar monopolios u oligopolios, siempre ligados a la transparencia de resultados y rendición de cuentas. Asimismo, consideran que la mejor forma de financiar a los proveedores de los servicios sanitarios públicos es la capitación ajustada, que contribuye a la equidad de la distribución de fondos y evita el exceso de producción asociado al pago por proceso.

Líneas de eficiencia

Otra de las medidas a tener en cuenta es el análisis de las variaciones en la práctica clínica. Varios estudios demuestran al respecto —específica el gerente— que cerca del 30 por ciento de las pruebas y tratamientos son innecesarios al igual que entre el 10-20 por ciento de los ingresos.

Cambiando estas cifras se pueden obtener ahorros importantes al mismo tiempo que se mejora la indicación de procesos, pruebas y medicamentos, evitando los efectos secundarios del sobretratamiento. "En la Comunidad Valenciana se ha ahorrado alrededor de 900 millones de gasto real consolidado en 2012 con respecto al año anterior sin recortes lineales de plantillas, simplemente actuando sobre esas bolsas de ineficiencia", ejemplificó Arenas.

Las áreas de mejora planteadas también alcanzan a los recursos humanos. El sistema estatutario rígido de gestión de personal unido a un sistema burocrático de gestión administrativa no se adapta a las necesidades de agilidad e impide una gestión de los recursos humanos que permita premiar la mayor implicación y el desempeño. "No me parece útil seguir manteniendo un modelo de relaciones laborales que prima de manera cuasi absoluta la conservación a toda costa del puesto de trabajo sobre los objetivos institucionales y de salud del sistema", opinó Huerta, que propone que se inicie un proceso prudente y progresivo de laboralización, con la implantación de un sistema retributivo por desempeño, que ligue a éste la consecución de los objetivos, el esfuerzo para conseguirlo y los resultados en salud.

Respecto a las fórmulas de copago, mientras que Arenas señala que somos el país Europeo donde menos se utiliza esta fórmula, Huerta afirma no ser partidario de su introducción. "Me preocupa que la ideal financiación exclusiva en base a impuestos generales se sostiene actualmente en un sistema impositivo justo, que gravita casi en exclusiva sobre las rentas del trabajo, y casi nada sobre las de capital", concluyó.

Profesionalizar la gestión sanitaria

Que la gestión sanitaria sea un área de capacitación específica dentro de los programas con un plan formativo. Este es el planteamiento que SEDISA ha hecho en un documento entregado al Ministerio de Sanidad y las consejerías de sanidad, en el que se aboga por la creación de una acreditación profesional para ejercer como directivo sanitario y un acceso a los distintos tipos de centros por tramos según experiencia y solvencia. "Estamos luchando por profesionalizar al máximo la gestión para que no siga ligada a nombramientos políticos", puntualizó Carlos Alberto Arenas. El objetivo es, por tanto, que se despoliticen los nombramientos de los directivos de manera que se haga en función de la capacidad y de un currículo reconocido estableciéndose

unos objetivos claros en cuanto al resultado de la gestión que deben tener los centros. Esto implicaría que los gestores se mantengan o se cesen en función de los resultados, de una buena o mala gestión y no únicamente porque se produzca un cambio político.

"En los sistemas de gestión pública directa estamos normalmente nombrados por el político que gana las elecciones, cosa que no sucede en los centros de gestión indirecta, donde hay un Consejo de Administración al que rendir cuentas", apostilló el vocal de la junta directiva.

N. El estatuario obstaculiza la reforma sanitaria, según los directivos. (Manuel Huerta, elabora un artículo con medio centenar de referencias bibliográficas).

El régimen estatutario de que disfruta buena parte de los profesionales sanitarios en España no facilita una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud (SNS) que, por desgracia, se debe acometer si se quiere salvarlo de su situación de déficit, según asevera el vocal de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y director gerente de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir de Andalucía,

Manuel Huerta. Este directivo ha elaborado un exhaustivo informe (con citas de medio centenar de fuentes bibliográficas) en el que, entre otras conclusiones, se menciona la modificación del sistema tradicional de relaciones laborales como una de las condiciones esenciales para llevar a cabo un cambio de fondo de la sanidad pública española.

Tal como razona Huerta, no cabe duda de que esta última se encuentra herida de muerte a causa de factores externos como la crisis económica iniciada en 2007 y los consecuentes recortes de presupuesto, pero también (y sobre todo) por el déficit arrastrado desde hace muchos años, el cual es atribuible a un defecto congénito del SNS: “La crisis del sector sanitario no es consecuencia de la crisis mundial iniciada en 2008, ya existía antes, aunque ésta, y sus peculiaridades en España, la han agravado y puesto a la vista de manera

definitiva".

En esta misma línea argumental, el experimentado economista Enrique Costas llegó a la misma conclusión que Huerta, tal como expuso en un artículo publicado en el diario de información general *El País* el año pasado: "La crisis financiera que tanto padecemos no es la causa primera ni mayor de la crisis que asfixia a la sanidad pública.

Desde el principio, en 1986, nuestro Sistema Nacional de Salud está en crisis permanente: comprometido por ley a proveer asistencia sin fin (dar todo o casi todo a todos en toda ocasión) a precio cero en el momento del servicio, como si la solidaridad social hubiera mágicamente liberado a la asistencia pública de la escasez natural de bienes y servicios" (*El País*, 17-5-2012).

En su investigación, Huerta aboga asimismo por una gestión empresarial de las organizaciones sanitarias (lo que exige una evaluación y rendición de cuentas y de resultados a los hospitales que requiere, a su vez, de ese cambio en las relaciones laborales de los profesionales); la adopción de un modelo de desinversión "para dejar de financiar cuanto antes fármacos, dispositivos, aparatos, procedimientos, servicios o prestaciones que ya se vienen prestando, y que, sin embargo, tienen un escaso o incluso nulo valor añadido"; la reorientación de la Atención Primaria, en la que, según el Instituto de Estudios Laborales de Esade, "el 90 por ciento de los médicos siente algún grado de frustración"; potenciar la salud pública facilitando la colaboración entre las leyes estatal y autonómicas en esta materia; profesionalizar la gestión del directivo de la salud; estudiar si procede o no introducir fórmulas de ingreso adicional como el copago, y, por último, consensuar un Pacto de Estado por la Sanidad por parte de todos los agentes de salud cuyo consenso de mínimos debe radicar en garantizar "la preservación de la universalidad y la equidad del sistema para todos los ciudadanos".

Ñ. Roche y SEDISA firman un convenio para impulsar la profesionalización y la formación continuada de los directivos de la salud.

Roche y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) han firmado un acuerdo de colaboración, con el objetivo de impulsar la profesionalización y la formación continuada del colectivo de directivos de la salud.

La firma, rubricada en Madrid por el presidente de SEDISA y el director general de Roche Farma, pretende aportar valor y eficiencia a la gestión directiva, con el fin de contribuir a garantizar sostenibilidad del sistema sanitario, la mejora de la calidad asistencial y los resultados en salud.

Tal y como explica **Joaquín Estévez, presidente de SEDISA**, *"el presente acuerdo suscribe nuestro compromiso con la formación y profesionalización de la gestión para mejorar la estructura organizativa y funcionamiento de nuestras instituciones, fomentando la existencia de un colectivo reconocido de gestores profesionales bien formados y con competencias y experiencia acreditadas, con el fin de lograr mejores resultados en salud".* A este respecto, el presidente de SEDISA afirma que "*es tarea de todos los agentes del sector sociosanitario mejorar el sistema y hacerlo más sostenible a medio y largo plazo y, sin duda, este tipo de colaboraciones ayudan a preservar un sistema sanitario público eficaz, equitativo, solvente, y mucho menos vulnerable ante futuras crisis".*

Por su parte, el **director general de Roche Farma España, Andreas Abt**, afirmó que *"en tiempos como los que actualmente vivimos es más necesario que nunca dar un paso al frente en la gestión de los recursos sanitarios, apuntando hacia un sistema sanitario más sostenible, eficiente y equitativo. Para conseguirlo, la formación y profesionalización de los directivos de la salud será un pilar esencial que permita potenciar la excelencia científica en sus centros y áreas sanitarias, así como para conseguir coordinar innovación y sostenibilidad. Nuestro compromiso con la salud de la población es inherente a nuestra actividad y como empresa líder en innovación, nos avalan*

años de experiencia en el sector; conocimientos y recursos que ponemos a disposición de SEDISA y de los objetivos que nos unen".

Programa de formación

Por medio de este convenio, el primero de un proyecto de colaboración que aspira a mantenerse en el tiempo, se llevará a cabo a lo largo de los próximos dos años un amplio plan formativo dirigido a los directivos de la salud.

O. SEDISA colabora con la campaña navideña de recolección de alimentos de Vita Mundi.

La Sociedad Española de Directivos de la Salud, SEDISA, refuerza su compromiso con la responsabilidad social corporativa al hacer un donativo a la organización no gubernamental Vita Mundi en respaldo a su campaña navideña de recolección de alimentos.

Vita Mundi es una ONG que trabaja desde 2006 en países con un bajo nivel de desarrollo humano como India, Guatemala o Ghana. Sin embargo, debido a la crisis económica que afronta España han decidido empezar a desarrollar iniciativas en nuestro país. El pasado mes de julio organizaron una recogida de alimentos para el barrio Ciudad Meridiana, de Barcelona, favoreciendo a 120 familias y 170 niños. De cara a las fiestas navideñas se organizará una segunda recogida de alimentos, esperando aumentar el número de familias favorecidas.

El barrio Ciudad Meridiana tiene un índice de pobreza del 51% respecto al nivel medio de la ciudad y un índice de paro entre los más altos. Muchas de las familias del barrio no perciben ingresos de ninguno de sus miembros. Para ayudar a paliar esta situación SEDISA ha querido aportar 1.000 euros.

Por otra parte, en el marco también de su responsabilidad social corporativa, SEDISA colabora con la Asociación de Enfermedades Raras ACMEIM, que tiene como objetivo facilitar a las familias afectadas un marco asociativo y defender sus derechos. El evento más importante que realizan

para visibilizar su labor y concienciar a la población sobre la importancia de estas enfermedades son sus Jornadas Nacionales. Por este motivo, SEDISA ha querido contribuir con 2.000 euros con esta importante iniciativa.

P.- Sofía Clar Gimeno, Directora General de Asistencia Sanitaria.

Nombramiento como Directora General de Asistencia Sanitaria (C.Valenciana) a Sofia Clar Gimeno. Gran persona y gran profesional que ha demostrado durante toda su trayectoria una entrega y dedicación plena a su trabajo. Estamos seguros que en esta nueva etapa que está viviendo la conselleria valenciana la Dra. Clar aportará, como siempre lo ha hecho, toda su experiencia y conocimiento de la gestión sanitaria con compromiso e ilusión.

Sofía Clar sustituye en el cargo a Guillermo Ferran. La nueva directora es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia, y especialista en Pediatría (Oncología Pediátrica) y desde julio de 2011 ejercía la gerencia del Departamento de Salud de Elda.

Además, Clar posee un Máster en Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud, y ha sido coordinadora médica de los centros de salud Carrús y Puzol y directora de Atención Primaria del Departamento de Salud Elche-Hospital General.

Q.- Carlos A. Arenas, nuevo gerente del Complejo Hospitalario de Toledo.

El Diario Oficial de Castilla-La Mancha (DOCM) publica este lunes el nombramiento de Carlos Alberto Arenas como nuevo director gerente del Complejo Hospitalario de Toledo. Dicho nombramiento responde a su “gran trayectoria profesional al frente de la gestión sanitaria, que en numerosas ocasiones se ha visto recompensada con las distinciones recibidas por su gestión”, explican desde el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).

Carlos Alberto Arenas ha sido seleccionado por el Sescam tras evaluar 19 candidaturas presentadas al puesto mediante convocatoria pública, circunstancia que se viene produciendo en Castilla-La Mancha por "la apuesta por la profesionalización de los cargos directivos y la transparencia en el proceso de selección", subrayan.

El nuevo gerente del Complejo Hospitalario de Toledo es licenciado en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de Granada, especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva, diplomado en Administración Sanitaria por la Escuela Andaluza de Salud Pública y experto en Planificación y Gestión Sanitaria.

En la actualidad ostentaba la Gerencia del Departamento de Salud de Orihuela. Con anterioridad, ha sido gerente del Departamento de Alicante/San Juan de Alicante, gerente del Hospital General Universitario Morales Meseguer, director del Hospital General de Elda, director del Hospital General Universitario de Elche y director gerente del Hospital Rafael Méndez de Lorca y subdirector médico del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Asimismo, Arenas Díaz es desde 2011 vocal de la Sociedad Española de Directivos de Salud (SEDISA), miembro de la Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud y miembro del Consejo Asesor de la Fundación Economía y Salud.

También destaca que ha participado activamente en proyectos de cooperación al desarrollo y su compromiso le ha llevado a ser vocal de la Junta directiva de Medicus Mundi España, además de presidir durante más de 10 años Medicus Mundi Murcia.

R.- Mariano Guerrero gana el XII Premio Reflexión a la Opinión Sanitaria.

El Colegio de Médicos de Madrid ha acogido este lunes el acto de entrega del XII Premio Reflexiones a la Opinión Sanitaria, convocado por Sanitaria 2000 con el patrocinio de la Fundación AstraZeneca. En esta ocasión el galardón ha recaído en Mariano Guerrero, secretario de la Junta Directiva de SEDISA y catedrático de Gestión y Planificación Sanitaria de la Universidad Católica de Murcia. El evento ha estado presidido por Javier Castrodeza, director general de Ordenación Profesional; Belén Prado, viceconsejera de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid; José María Pino, presidente de Sanitaria 2000; Sonia López Arribas, presidenta del Colegio de Médicos de Madrid; y Carmen González, presidenta de la Fundación AstraZeneca.

El también catedrático de Gestión y Planificación Sanitaria de la Universidad Católica de Murcia (UCAM) ha expresado su agradecimiento a la entidad organizadora y ha hecho referencia a su propio escrito premiado, en el que ha explicado que "debemos liderar entre todos el cambio, que implica el análisis y la modificación de las prestaciones a través de un nuevo catálogo, con o sin Ley, cubramos valientemente bolsas de ineficiencia en la prestación de servicios sanitarios, establezcamos más coordinación entre todos los prestadores sanitarios, autonómicos, locales, públicos y privados, eliminemos estructuras que no aportan valor real, ganando en economías de escala, al gestionar conjuntamente organizaciones que son ineficientes solo por su tamaño, creemos redes de prestación sanitaria, sistemas multihospital y normalicemos nuestros sistema de adquisición de productos sanitarios y no sanitarios, como los energéticos, etc.

"Pero ante todo expliquemos lo que pretendemos hacer, a los profesionales y a los ciudadanos. No será suficiente, en un futuro, ser eficientes o aportar dinero al sistema sanitario, hará falta más talento social y empresarial, para afrontar con valentía los cambios", ha añadido.

Asimismo, se ha reconocido con cuatro accésit a Juan Oliva presidente de la junta directiva de la Asociación de Economía de la Salud, por su artículo 'Economía y sanidad, ¿ecuación imposible?'; la periodista Rosa Villacastín por su artículo 'El largo calvario hacia el alzhéimer'; Enrique Costas

Lombardía, economista y exvicepresidente de la Comisión Abril por su artículo 'Elogio del copago'; y Rafael Matesanz, director de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), por su artículo 'Tráfico de órganos y prensa internacional'.

En esta duodécima edición del Premio Reflexiones, Sanitaria 2000 y la Fundación AstraZeneca han contado con la colaboración de un prestigioso jurado, compuesto por destacadas personalidades de la sanidad española. Los miembros del jurado fueron: Miguel Carrero, presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN); Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería; Francisco Ivorra, presidente de Asisa; Alfonso Moreno, presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud; Diego Murillo, presidente de la Agrupación Mutual Aseguradora (AMA); Carmen Peña, presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; Juan José Rodríguez Sendín, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; Julio Sánchez Fierro, Abogado, vicepresidente del Consejo Asesor de Sanidad; Francisco Santolaya, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Y con voz y sin voto: José María Pino, presidente de Sanitaria 2000.

S.- Francisco Soriano, nuevo gerente del Departamento de Salud Alicante- Sant Joan.

La conselleria de Sanitat ha designado a Francisco Soriano Cano como nuevo gerente del Departamento de Salud Alicante – Sant Joan d'Alacant, quien se ha incorporado esta semana a su nuevo cargo, relevando al Dr. Antonio Muñoz, ahora al frente del Departamento de Salud de Elche-Hospital General.

Soriano es licenciado en Derecho por la UNED y en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche. Además, es diplomado en Gestión de Áreas de Salud por la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) y especialista universitario en Fundaciones por la UNED.

Asimismo, posee un máster en Dirección Estratégica y Gestión Hospitalaria por la UMH y ha realizado el máster en Humanización de la Sanidad, Recursos Humanos y Marketing de la EVES.

El nuevo gerente posee una dilatada experiencia en el ámbito de la gestión, avalada por su formación académica, unida a su labor profesional, que ha desarrollado en los Departamentos de Elda, General de Alicante y en el propio Sant Joan. En los tres Departamentos ocupó el cargo de director económico, por lo que esta es la primera vez que Soriano va a ejercer como gerente.

Destaca en su currículum el cargo de director general de Recursos Humanos de la conselleria de Sanitat, así como el de director general de Régimen Económico de la misma conselleria, que ostentó hasta finales del año pasado. Durante este año 2013 y hasta su reciente nombramiento como gerente de Sant Joan, ha llevado a cabo el papel de comisionado en el Departamento de Salud Elche-Crevillente.

T.- SEDISA crea un máster de gestión.

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), con más de 1.000 asociados vinculados a la dirección y gestión de instituciones sanitarias; Deloitte, primera firma de servicios profesionales de España y líder en consultoría de sanidad a nivel mundial; y la Escuela de Postgrado Universidad Europea, institución consagrada a la formación de líderes y profesionales, han firmado un acuerdo de colaboración para poner en marcha un nuevo programa máster enfocado a directivos del sector salud.

El Máster Universitario de Gestión y Planificación Sanitaria para Directivos de la Salud buscará ampliar sus conocimientos y desarrollar sus habilidades de gestión para hacer frente al complejo entorno sanitario actual: un sector en profunda transformación en el que todos los agentes presentes deben trabajar de manera conjunta para ofrecer soluciones eficaces y eficientes a retos cada vez más apremiantes.

En palabras de Joaquín Estévez, presidente de SEDISA, el apoyo a la profesionalización de la gestión a través del desarrollo de este máster, “supone materializar de una forma concreta nuestro objetivo de profesionalizar la gestión, algo que contribuirá a mejorar la estructura, organización y funcionamiento de nuestras instituciones y, por tanto, de los resultados económicos-asistenciales de la prestación de asistencia sanitaria. En este sentido, sin duda, la capacitación de los directivos de la salud se hace fundamental para la sostenibilidad del sistema sanitario”.

El futuro programa máster tiene como objetivo complementario convertirse en un foro de opinión independiente y una incubadora de innovación en la planificación y gestión sanitaria, aspirando a ser un punto de encuentro para los diferentes agentes presentes en el sector (planificadores, gestores e industrias sanitarias). Jose Luis Martínez Meseguer, socio de sanidad de Deloitte, espera “ayudar con esta iniciativa a generar un punto de encuentro y de contraste de opiniones entre los diferentes agentes del sector, que cada vez tienen mayor necesidad de entendimiento y de colaboración”

En las próximas semanas se darán a conocer detalles del máster que comenzará su primer ciclo dentro del próximo curso académico. Elena Gazapo, decana de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea, señala que “el sector sanitario es uno de los que más innovación produce, genera conocimiento permanentemente, no sólo científico técnico en cualquiera de sus ámbitos incluido el asistencial sino también en la cultura organizativa y de gestión. El directivo de hoy, ha de ser capaz de adoptar decisiones con flexibilidad y rapidez, adaptarse a los cambios, manejar los escenarios, poniendo especial atención en la transparencia y el buen gobierno. Los procesos innovadores deben acelerarse y los principios de excelencia son absolutamente imprescindibles. Sin duda, el sector cuenta con directivos capaces de construir un futuro mejor y sostenible, directivos que deben proseguir su formación a lo largo de toda su vida. Desde esta perspectiva, el programa del máster dará respuesta a las necesidades e importantísimos retos de gestión a los que se enfrenta el sistema sanitario”.

ACUERDOS Y CONVENIOS DE COLABORACIÓN

U.- Roche y SEDISA firman un convenio para impulsar la profesionalización y formación continuada de los directivos de la salud.

Roche y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) han firmado un acuerdo de colaboración con el objetivo de impulsar la profesionalización y la formación continuada del colectivo de directivos de la salud. La firma, rubricada en Madrid por el presidente de SEDISA y el director general de Roche Farma, pretende aportar valor y eficiencia a la gestión directiva, con el fin de contribuir a garantizar sostenibilidad del sistema sanitario, la mejora de la calidad asistencial y los resultados en salud.

Tal y como explica Joaquín Estévez, presidente de SEDISA, "el presente acuerdo suscribe nuestro compromiso con la formación y profesionalización de la gestión para mejorar la estructura organizativa y funcionamiento de nuestras instituciones, fomentando la existencia de un colectivo reconocido de gestores profesionales bien formados y con competencias y experiencia acreditadas, con el fin de lograr mejores resultados en salud". A este respecto, el presidente de SEDISA afirma que "es tarea de todos los agentes del sector sociosanitario mejorar el sistema y hacerlo más sostenible a medio y largo plazo y, sin duda, este tipo de colaboraciones ayudan a preservar un sistema sanitario público eficaz, equitativo, solvente, y mucho menos vulnerable ante futuras crisis".

Por su parte, el director general de Roche Farma España, Andreas Abt, afirmó que "en tiempos como los que actualmente vivimos es más necesario que nunca dar un paso al frente en la gestión de los recursos sanitarios, apuntando hacia un sistema sanitario más sostenible, eficiente y equitativo. Para conseguirlo, la formación y profesionalización de los directivos de la salud será un pilar esencial que permita potenciar la excelencia científica en sus centros y áreas sanitarias, así como para conseguir coordinar innovación y sostenibilidad. Nuestro compromiso con la salud

de la población es inherente a nuestra actividad y como empresa líder en innovación, nos avalan años de experiencia en el sector; conocimientos y recursos que ponemos a disposición de SEDISA y de los objetivos que nos unen".

Por medio de este convenio, el primero de un proyecto de colaboración que aspira a mantenerse en el tiempo, se llevará a cabo a lo largo de los próximos dos años un amplio plan formativo dirigido a los directivos de la salud.

V.- Acuerdo de Colaboración AMA y SEDISA. 13 de marzo de 2013. Madrid

La Agrupación Mutual Aseguradora (AMA) ha suscrito este miércoles un acuerdo de colaboración con la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) con el objetivo de impulsar actividades de formación y promoción de la sanidad.

En virtud del acuerdo, la mutua se convierte en colaborador asociado de SEDISA para promover iniciativas científicas y divulgativas sobre gestión y dirección sanitaria, con especial atención a cursos formativos, conferencias, reuniones sectoriales y actividades de investigación.

Asimismo, los miembros de SEDISA podrán beneficiarse de distintos descuentos y servicios preferentes en los productos que contraten con AMA, que además prestará apoyo logístico y formativo a dicha sociedad.

El convenio ha sido firmado en la sede mutual por Diego Murillo, presidente de AMA, y Joaquín Estévez Lucas, presidente de SEDISA.

W.- La Fundación Abbott y SEDISA firman un Convenio de Colaboración para el desarrollo de acciones conjuntas en materia de formación e investigación.

El Convenio firmado por la Fundación Abbott y SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud) pretende establecer los cauces para la realización de actividades de formación, asesoramiento e investigación y cualquier otro tipo de acción que pueda reportar el beneficio mutuo.

El acuerdo permite a ambas partes promover iniciativas para la realización de estudios y proyectos de investigación, además de actividades conjuntas en temas docentes o educativos, tales como cursos, congresos y seminarios. El Convenio también contempla un acuerdo de asesoramiento recíproco y el posible intercambio de información y documentación entre ambas entidades.

Para llevar a cabo los objetivos firmados, se realizarán reuniones periódicas donde se dará cuerpo a las propuestas de una forma más concreta. Así y con el fin de velar por los intereses del acuerdo, se creará una Comisión de Seguimiento compuesta, al menos, por dos representantes de la Fundación Abbott y otros dos de SEDISA.

Por su parte, el presidente de SEDISA ha calificado de "útil" esta alianza basada en el conocimiento mutuo, fruto de "largas negociaciones", tal y como ha señalado, que pone de relieve la necesidad de colaborar con empresas generadoras de conocimiento. En este sentido, Joaquín Estevez ha anunciado que próximamente este convenio marco "fluidificará" con la puesta en marcha de diversas jornadas técnicas, "en colaboración con algunas comunidades autónomas".

Asimismo, desde SEDISA se ha afirmado que después del Congreso Nacional de Hospitales, celebrado recientemente en Bilbao, se hacen indispensables actividades de fomento de la formación continuada, un acuerdo "grato", tal y como ha calificado Estévez, que, en una situación de crisis como la actual aporta "nuestro granito de arena en el sector sanitario", a lo que ha añadido que "es el primer paso de un camino de valor añadido para el sistema".

Para concluir, el presidente de SEDISA ha afirmado que la función de los directivos de la salud es "estar en medio" de la salud y los clínicos, de ahí la importancia de tener a Abbott como "entidad colaboradora" para contribuir a la actividad genérica de SEDISA.