



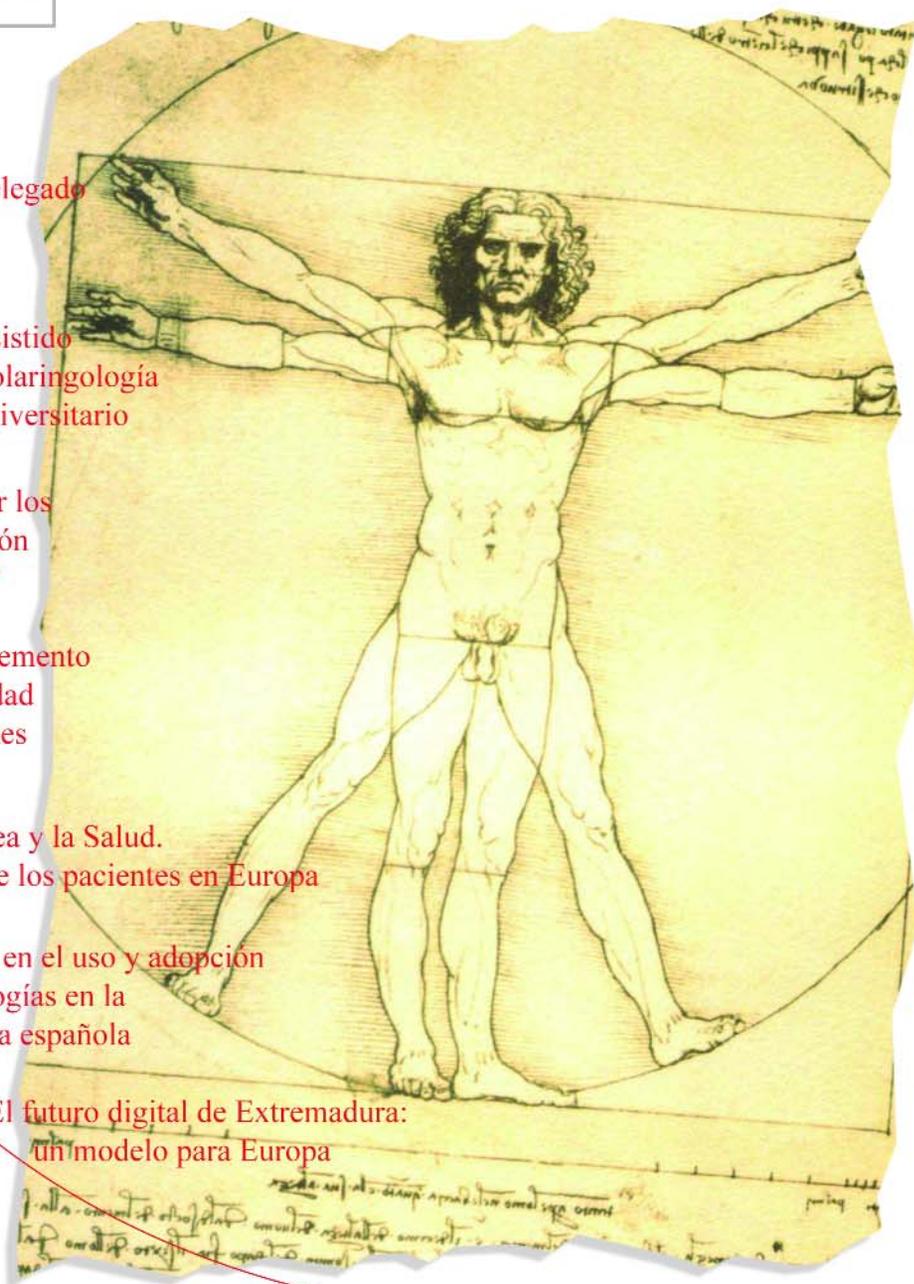
sedisa

sociedad  
española de  
directivos  
de la salud

Número 7. Diciembre 2007

# sedisa s.XXI

- *Entrevista con*  
**Gabriel Masfurrull,**  
presidente y consejero delegado  
de USP Hospitales
- Los costes  
directos de un paciente asistido  
en el Servicio de Otorrinolaringología  
(ORL) de un Hospital Universitario
- ¿Seis Sigma puede aliviar los  
problemas de financiación  
de la sanidad española?
- La formación como elemento  
de mejora de la calidad  
en las organizaciones  
sanitarias
- La Unión Europea y la Salud.  
La movilidad de los pacientes en Europa
- Tendencias en el uso y adopción  
de tecnologías en la  
empresa española
- El futuro digital de Extremadura:  
un modelo para Europa



# Innovamos



Desde hace más de un siglo, el impulso innovador de Roche nos abre las puertas a una nueva medicina capaz de aportar soluciones adaptadas a las necesidades de cada persona.

Este mismo espíritu innovador impulsa nuestra Responsabilidad Social Corporativa con iniciativas en los más diversos ámbitos de la sociedad: desde la ayuda humanitaria, pasando por la integración, la protección del medio ambiente o del patrimonio artístico. Este compromiso con la salud y con la sociedad, *es sólo el comienzo de un futuro mejor para todos.*

## Innovamos para tu Salud.

Miembro de



Farma

[www.roche.es](http://www.roche.es)

## 8 Entrevista

*Gabriel Masfurroll, presidente y consejero delegado de USP Hospitales*



sedisa

sociedad  
española de  
directivos de  
la salud

## 14 Artículos

*Los costes directos de un paciente asistido en el Servicio de Otorrinolaringología (ORL) de un Hospital Universitario*

Negro Álvarez JM, Sánchez Celemin F, Amorós Rodríguez LM, Jiménez Molina JL,

Murcia Alemán T, Aparicio García C, José Puerta Jiménez, Cerezo Corbalan JM, Alcaraz Quiñonero M

*¿Seis Sigma puede aliviar los problemas de financiación de la sanidad española?*

Rajaram Govindarajan

*La formación como elemento de mejora de la calidad en las organizaciones sanitarias*

Ricardo Ruiz de Aldana Pérez

*La Unión Europea y la Salud. La movilidad de los pacientes en Europa*

Isabel de la Mata

*Tendencias en el uso y adopción de tecnologías en la empresa española*

Andrea Ramírez

*El futuro digital de Extremadura: Un modelo para Europa*

Juan Pablo Alejo González, Francisco L. Cáceres Ruiz, Hellmer Rahms

## 58 SEDISA en Europa

## 78 Libros

<b>Director</b> Julio Villalobos	<b>Director de arte</b> José María Martín
<b>Edita: Sanitaria 2000</b>	<b>Maquetación</b> Miguel Ángel Escobar, Julio A. García
<b>Director</b> Ricardo López	C/ General Díaz Porlier 57.1º. A - 28006 Madrid. Tel.: 91 534 03 68 / Fax: 91 533 42 91
<b>Redacción</b> Fco. Javier Barbado Cano, Raquel Lozano Parra	<b>www.sanitaria2000.com</b>
<b>Secretaría de Redacción</b> Margarita Rodríguez	<b>Depósito Legal:</b> M-29436-2006 <b>Imprime:</b> ROAL, S.A.

**Junta directiva de SEDISA****Presidente**

Joaquín Estévez Lucas

**Vicepresidente**

Isabel Tovar García

**Secretario**

Mariano Guerrero Fernández

**Tesorero**

Juan Rodríguez Gil

**Vocales**

Jose Manuel Pérez Gordo  
Jose Manuel Aldámiz Echevarría  
Mikel Álvarez Yeregi  
Javier Puente Prieto  
Pilar Serrano Moya  
Clara Grau Corral

**Comité Directivo Editorial:**

D. Julio Villalobos Hidalgo  
D. Juan Rodríguez  
D. Mariano Guerrero Fernández  
D. Jose Manuel Aldámiz Echevarría

**Consejo de Redacción:**

D. Juan Antonio Marqués Espí  
D. Sergio Blasco Pereperez  
D. Joaquín Martínez Hernández  
D. Ricardo Ruiz de Arana Pérez  
D. Roberto Ferrandiz Gomis  
D. José Esteban García  
D. Vicente Gil Suay  
D. Juan de León García  
D.ª Beatriz González López-Valcárcel  
D.ª Dolores Colom  
D. Gabriel Pérez Cobo  
D. Jesús Caramés Bouzan  
D. José Luis Monteagudo  
D. Pere Soley Bach

D. Pablo López Arbeloa  
D. Diego Falcón Vizcaino  
D.ª Lola Ruiz Iglesias  
D. Alberto de Rosa Torner  
D. Luis Carretero Alcántara  
D. Fidel Campoy

**Consejo Asesor**

D. Miguel Ángel Asenjo Sebastián  
D. José Luis Perona Larraz  
D. Ignacio Riesgo González  
D.ª Rosa Suñol Sala  
D. José Antonio Moreno Ruiz  
D. Antonio Bartolomé Sánchez  
D. Federico Plaza Piñol  
D. Esteban Imaz Buenechea  
D. José Barea Tejeiro  
D. Joan Grau Sociats  
D. José María Paloma Fosalba  
D. Juan Roviroso Juncosa  
D. Pedro Mariño

## Instrucciones para los autores (resumen)

**sedisa s.XXI** es una publicación de carácter multidisciplinario que aceptará, para su estudio y evaluación, aquellos artículos originales no publicados ni remitidos simultáneamente a otras revistas y que se refieran a los distintos aspectos relacionados con la administración, dirección, gestión y organización en el ámbito sanitario.

### Remisión de trabajos

Los manuscritos se remitirán por correo postal por triplicado a: sedisa s.XXI - Sanitaria 2000. C/ General Díaz Porlier nº 57, 1º, A. Tel.: 91 534 03 68. Fax: 91 533 42 91.

Si prefiere enviar los manuscritos por medio del correo electrónico puede hacerlo al siguiente *e-mail*: [mrodriguez@sanitaria2000.com](mailto:mrodriguez@sanitaria2000.com)

### Carta de presentación

En ella el autor explicará en 3-4 líneas cuál es la aportación original del trabajo que presenta.

Junto al artículo deberá enviar:

- Carta de presentación.
- Listado anexo de comprobaciones formales del trabajo.
- Formulario anexo de declaración de autoría y cesión de derechos.
- Disquete informático con el texto, especificando nombre del archivo y programa utilizado.

### Tipos de artículos

- Artículos originales: trabajos que se refieran a los distintos aspectos relacionados con la adminis-

tración, dirección, gestión y organización en el ámbito sanitario.

- Artículos de revisión: trabajos de análisis y puesta al día sobre la situación de un tema, con revisión bibliográfica.
- Cartas de opinión: en éstas, los lectores podrán expresar sus opiniones sobre un trabajo publicado en sedisa s.XXI, de la cual tendrá noticias el autor aludido para su posible réplica.
- El Comité Editorial decidirá en cuál de las tres categorías se incluye el trabajo remitido.

### Preparación y estructura de los manuscritos

- El autor debe enviar tres juegos completos del manuscrito presentados a doble espacio en todas sus secciones (incluidas citas bibliográficas, tablas, pies de figura y comentarios a pie de página). Se emplearán folios DIN-A4 dejando márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. La extensión máxima de los trabajos será de 10 folios, salvo excepciones aprobadas por el Comité Editorial.
- Las secciones se ordenan como sigue: página del título, resumen, *summary*, introducción, métodos, resultados, discusión, agradecimientos, bibliografía, tablas, pies de figura y figuras.
- Todas las páginas irán numeradas consecutivamente empezando por la del título.

### Métodos

- Los trabajos contarán con los correspondientes experimentos o grupos control; en caso contrario se explicarán las medidas utilizadas. Los estudios en humanos deben contar con la aprobación expresa del comité local de ética y de ensayos clínicos.

# Impacto

en sus procesos

[www.draeger-medical.com](http://www.draeger-medical.com)

Las Soluciones CareArea™ de Dräger Medical ofrecen servicios y sistemas médicos integrados que están impactando en los cuidados críticos. Soluciones de vanguardia para gestión de la información, monitorización de pacientes, terapias y el diseño integral de áreas críticas, le ayudarán a redefinir la eficiencia de los procesos ... de principio a fin. Programas completos de educación y formación, el prestigioso DrägerService® y los accesorios inteligentes le ayudarán constantemente a optimizar el tiempo de los procesos de los cuidados sanitarios. Asimismo, las ventajas de interconexión entre las distintas áreas que abarcan los cuidados de urgencias, quirófano y anestesia, cuidados críticos, cuidados perinatales y cuidados domiciliarios le ofrecen sinergias que amplían el resultado de las Soluciones CareArea™ durante todo el proceso de los cuidados al paciente.

Para ver de qué modo tan espectacular pueden revolucionar su concepto de la atención sanitaria, visitando nuestra página en Internet, en la siguiente dirección: [www.draeger-medical.com](http://www.draeger-medical.com)

**Dräger**medical

A Dräger and Siemens Company

## ¿Dónde está el problema?

>> José Manuel Aldámiz-Echevarría Iraurgi  
Coordinador del Servicio de Informática  
Sector Sanitario Huesca

**E**n nuestro día a día, estamos constantemente luchando para aumentar nuestro rendimiento, mejorar nuestra eficiencia, disminuir nuestras demoras y, en definitiva, intentando mejorar la calidad percibida por nuestros usuarios. Por todos es reconocida la calidad científico-técnica de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).

Pero, en muchas ocasiones se nos olvida que lo urgente, casi siempre, oculta lo necesario. Pero, ¿qué es necesario? Yo diría que trabajar en la salud. Sí, anticipar la enfermedad. Trabajar sobre los determinantes de la salud e intentar desde ellos mejorar las demandas que sufren nuestras organizaciones.

En este nuevo número de la revista hablaremos de Europa, pues curiosamente Suecia lidera esta línea de enfoque de la salud, trabajando con una metodología que se recoge en las siglas EIA (*Environment impact assessment*) que intenta predecir los impactos en las condiciones de vida y en general en los determinantes de la salud de las diferentes políticas. Estamos hablando de que los Gobiernos son capaces de coordinarse para establecer análisis transversales de sus acciones, teniendo en el horizonte de forma permanente la salud.

Estas metodologías que vienen del mundo medioambiental también están calando en nuestro país, como tuvimos ocasión de conocer en unas interesantes Jornadas sobre Desigualdades en Salud organizadas por el Departamento de Planificación y Ordenación Sanitaria del Gobierno Vasco. Pudimos conocer de su implicación en el abordaje de la reforma urbanística de dos barrios de Bilbao. Es estimulante ver nuevos abordajes comprometidos y entusiastas de viejos problemas.

Podría ser un buen enfoque para ir trabajando en los problemas de exceso de demanda, el modelo salubrista, trabajar en la salud y potenciar al individuo para que sea capaz de controlar aquellos determinantes de salud que están a su alcance, así como exigir al poder político que trabaje sobre los que están en la suya, y por último pedirle al nivel sanitario que dedique más esfuerzos a potenciar las conductas saludables y menos a desarrollar políticas intervencionistas en la enfermedad.

De otros modelos sociales más evolucionados (Suecia) ya les puedo adelantar que el principal escollo está en el último punto. Al profesional sanitario le gusta intervenir, no es capaz de ver los valores de la salud, evidentemente su peso específico se resiente.

Pero no nos extrañemos, unos días antes estuvimos también en Bilbao disfrutando de unas Jornadas de CEDE (Confederación Española de Directivos y Ejecutivos) y si tuviese que reducir los dos intensos días en dos palabras, debería hablar de humildad y personas. El buen directivo potencia a las personas, les cede el protagonismo y es capaz de ser humilde. No parece tan diferente a lo comentado sobre la salud. Sabremos nosotros ser generosos y trabajar para ceder el protagonismo a las personas y éstas a su vez a los ciudadanos, para conseguir en ellos los verdaderos agentes de la salud.

Como podemos ver, el tema estaría en las personas, su autonomía, sus conocimientos y la humildad del profesional (gestor/sanitario). Demasiados valo-

res para un mundo en el que sólo cuenta el éxito, la rapidez y lo tangible. ¿QUIZÁ ES ESTE EL PROBLEMA?

Tampoco lo creo, lo maravilloso de este mundo que tenemos que vivir es que no sólo tiene un problema, y por tanto, tampoco se puede enfocar con una solución. En definitiva, más herramientas para el macuto y a seguir trabajando para la utopía de A. Huxley (1894-1963): "UN MUNDO FELIZ".

# “El gerente es un personaje muy especial que no lo tiene nada fácil”

Gabriel Masfurroll  
Presidente y Consejero Delegado de USP Hospitales

>> Julio Villalobos

**En nombre de la Sociedad Española de Directivos de la Salud queremos agradecerle las facilidades que nos ha dado para realizar esta entrevista. Estamos seguros de que ésta será de interés para nuestros socios dada la gran expansión y el liderazgo que tiene USP Hospitales en la provisión de los servicios sanitarios en España.**

*En el Informe de Establecimiento Sanitario, publicado en diciembre de 2006 aunque los datos que refleja son de 2004, aparecen revelaciones muy interesantes sobre el sector privado. En concreto, el 34 por ciento de las camas para pacientes que tenemos en nuestro país pertenecen a los hospitales privados; el 48 por ciento de la tecnología de resonancia magnética nuclear es privada; más de cinco millones de ciudadanos hacen uso de los hospitales privados y casi un 15 por ciento de los profesionales que se emplea en el ámbito sanitario en España lo hace en hospitales privados.*

*Esto supone alrededor de 3.000 millones en compras y gastos en hospitales privados con ánimo de lucro, de los que la mitad se destina al personal y unos 250 millones de euros a inversiones, siempre de acuerdo con el citado informe.*



*Una gran parte de los clientes de la sanidad privada proceden de las aseguradoras. Este sector estuvo estabilizado durante un tiempo para experimentar después un notable crecimiento. ¿Cómo ve el futuro del aseguramiento privado? ¿Complementario o suplementario de la póliza única que nos ofrece el Ministerio?*

Siempre he sido un gran defensor, no de la privada en sí, sino de la igualdad en general. Este país, en los últimos años y debido a su cambio en la economía (hemos pasado a ser un “país-locomotora”), padece

“efectos secundarios” como, por ejemplo, una recepción muy importante de inmigración. Hemos pasado, en cifras aproximadas, de 35 a más de 45 millones de habitantes, lo cual cambia el panorama del mercado español en todos los ámbitos, ya sea el consumo o, por supuesto, áreas tan relevantes para un país como son la sanidad y la educación.

La sanidad está creciendo exponencialmente. Si a ello le añadimos el aumento en dos años de la esperanza de vida de los españoles durante la última década, a lo que también se suma el hecho de que muchos europeos que se retiran vienen a vivir a nuestro país, resulta de todo ello una enorme demanda. El Estado, aparte de haber transferido las competencias sanitarias a las autonomías, se revela incapaz de contenerla (no por su incompetencia, sino porque se trata de un objetivo imposible). De ahí que los gobiernos de todas las comunidades, sean de uno u otro signo político, adopten la inteligente actitud de prestar al ciudadano el máximo de sus recursos. Unas más que otras, eso sí, lo que me parece un error, es decir, cada autonomía echa mano de la política que le viene mejor. Esto hace un flaco favor a compañías que, como la nuestra, operan en todo el territorio español.

Creo que el mercado seguirá creciendo. No sólo nos nutrimos del sector asegurador, sino también de pacientes que pagan de su bolsillo, de otros procedentes del extranjero o de servicios regionales de salud que contratan con nosotros sus servicios: somos una compañía independiente y por completo abierta al mercado. Por otra parte, al igual que antes no se podía presumir de administrar una compañía privada de hospitales y hoy se acepta con naturalidad, así también podrá hablarse tanto de hospitales públicos como de privados buenos y/o malos. En efecto, el enemigo no es la competencia, que resulta necesaria, sino la incompetencia. Aquella siempre es sana y favorece sin duda al ciudadano.

*En ese sentido, USP Hospitales atiende a pacientes en hospitales privados pero también tiene conciertos con la sanidad pública. ¿En qué diferenciaría la misión y la*



**El enemigo no es la competencia, que resulta necesaria, sino la incompetencia. Aquella siempre es sana y favorece al ciudadano.**



*estrategia de USP Hospitales de las de otros holding hospitalarios privados de nuestro país?*

Soy muy respetuoso con todo el mundo, sean cadenas, hospitales individuales o cualquier otro tipo de iniciativa empresarial, máxime si se trata de empresas del mismo ámbito. Siempre cito a Peter Drake, quien asegura que un hospital es la empresa más difícil de dirigir.

*Junto con la Universidad y la metáfora de una orquesta sinfónica...*

Exactamente. Por nuestra parte, hemos indagado en nuestra estructura interna, “nuestro ADN” o filosofía empresarial, y encontramos una forma humana de hacer las cosas, dado que el negocio sólo es bueno en la medida en que se hacen las cosas bien: un negocio que se proyecte a corto plazo no suele funcionar a la larga. Por nuestra parte, lo importante pasa por saber cuidar a nuestros pacientes, profesionales o empleados; aquellos que nos proveen de equipos y de materiales, aquellos grandes clientes que hay que saber cuidar. Hoy, el mundo de los negocios peca de una falta de afecto y un exceso de agresividad, algo que tratamos de mitigar.

*USP Hospitales, además de la provisión hospitalaria, persigue objetivos humanitarios que se concretan en iniciativas como la Fundación Alex. ¿Aporta algún valor diferencial este tipo de agrupación?*

La Fundación Alex es el resultado de lo que antes decía. Esto es, nuestros esfuerzos no responden a una especie de obligación pasajera de marketing como puede entenderse, en mi opinión, un fenómeno en boga como la Responsabilidad Social Corporativa [RSC]. Desde que nació, USP ha llevado

a cabo acciones de tipo filantrópico o humanitario, por la sencilla razón de que nos apetecía hacerlo o considerábamos que debíamos llevarlo a cabo. Pero nuestro crecimiento ha creado la necesidad de formalizar esa actividad mediante un vehículo que la mejore: la Fundación Alex. Tratamos con ella de priorizar objetivos e incluso internacionalizar la compañía (de hecho hay proyectos ya en marcha fuera de España).

*Resulta notorio que, según aumenta la capacidad de elección del paciente en la medida de que se trata de un ciudadano con mayor poder adquisitivo o con mayor estabilidad económica, caso de los funcionarios, la mayoría se decanta por la provisión privada en lugar de la pública. ¿A qué lo atribuye?*

No sería aún tan taxativo. El ciudadano aún no puede elegir como desearía, aunque tiende a hacerlo en función de lo que más le convenga. Al ciudadano le atrae la atención personalizada de un centro sanitario pequeño. No se repara aquí en la disyuntiva público-privado, sino que se trata de una cuestión asistencial. Por múltiples razones, los hospitales privados nos hemos dedicado más al cuidado de la parte afectiva, de la atención personalizada, sin menosprecio de la asistencia médica y tecnológica: antes los centros privados no estaban tal vez muy bien dotados y ahora, por el contrario, hay hospitales privados que disponen de tecnología de último nivel.

*Estamos en un periodo preelectoral y, pese a que hay otros asuntos que acaparan la atención política, tarde o temprano volverá a debatirse el asunto de la sostenibilidad del sistema sanitario. ¿De qué manera puede influir en este aspecto la provisión privada?*

Creo que es fundamental. Tengo para mí que el Estado debe representar un papel más como regulador que el propio de un agente ejecutor, operador o gestor. Sin ser, eso sí, demasiado intervencionista, porque eso no genera más que ausencia de mercado, burocratización..., de modo que el remedio se revela peor que la enfermedad. El sector privado se revela esencial en un país que está en auge, que registra un crecimiento imparable de su PIB y que sigue recibiendo a gente que busca su sustento en España. Por



**El sector privado se revela esencial en un país que está en auge, que registra un crecimiento imparable del PIB y que sigue recibiendo a gente.**



ello pido a los responsables de las distintas administraciones que cuiden más nuestro sistema. Y también sugiero a los responsables sanitarios que hablen de los hospitales privados considerándolos como propios: me he encontrado a muchos consejeros que hablan de "sus" hospitales en referencia sólo a los de carácter público, cuando en realidad todos son de su competencia.

*Algunos holding hospitalarios han apostado por nuevas fórmulas de gestión como el modelo Alcira, modelos PPF... Por el momento parece que USP no ha decidido tomar parte de estas iniciativas. ¿Hay alguna razón táctica o estratégica que lo justifique?*

Cada cosa tiene su momento. Somos una compañía aún joven, acabamos de cumplir los nueve años. No obstante, creo que hemos alcanzado la madurez, la consolidación y el rigor suficientes como para abordar proyectos PPP. Puede decirse que trabajamos para ello en el proyecto para [el hospital de] Cascais con nuestros socios en Portugal de HPP. Y no descartamos hacer otros proyectos PPP en España porque, como diría el ex presidente de la Generalitat, Jordi Pujol, "ahora ya toca".

*Este año hemos comenzado el duro camino para crear el Sistema Nacional de Atención a la Dependencia. Dado que el cuidado de las personas mayores lo llevan, en la mayor parte de los casos, organizaciones privadas, ¿qué posibilidades brinda esta nueva ley a estas entidades, habida cuenta de que los recursos de la Administración se revelan, en este sentido, claramente insuficientes?*

Aún nos limitamos a seguirla y observarla. Tenemos muy claro que nuestro foco de atención lo constituye la hospitalización y a ello nos vamos a dedicar, sin ocuparnos de ámbitos que no nos corresponden, al menos en los próximos cuatro o cinco años, necesarios para que madure la citada Ley. Somos muy conscientes de lo que sabemos hacer y tratamos de hacerlo lo mejor posible.

*Hay muchas personas y organizaciones que se cuestionan la necesidad de estructuración gerencial en nuestras organizaciones sanitarias, en especial las de carácter público. ¿Cree usted que los directivos sanitarios somos realmente necesarios? ¿Cuál es su opinión sobre la aportación de los equipos directivos a la mejora de la eficiencia de nuestro sistema sanitario?*

Cuando un ciudadano piensa en un hospital, se cree que sólo lo integran médicos y enfermeros; no percibe la diversidad de profesiones que debe organizar el directivo: biólogos, ingenieros, cocineros, pintores, abogados, economistas, farmacéuticos... Un gerente debe ser capaz de armonizar este con-



**Un hospital no sólo lo integran médicos y enfermeros; hay una diversidad de profesionales (biólogos, ingenieros, cocineros, economistas, farmacéuticos, abogados...) que debe organizar el directivo. Un gerente debe ser capaz de armonizar este conjunto.**



junto. Además, el 70 por ciento de los profesionales hospitalarios es gente de mucho talento. Cuando esta cualidad de muchos sirve de unión todo va bien, pero también puede no ser así y dar lugar a una "guerra civil". Por ello el gerente es un personaje muy especial que no lo tiene nada fácil.

*Con frecuencia, tras un cambio político en las CC AA, asistimos a cambios generalizados en los puestos directivos de las organizaciones sanitarias. ¿Cómo deben combinarse la fidelidad y la destreza profesionales en gestión sanitaria para mantener estables los puestos directivos, cuya continuidad resulta sin duda crucial para el progreso de la organización que dirigen?*

Los directivos, con independencia de su color político, tienen que ser los mejores. Pero también deben ser profesionales y actuar como tales. Hay condicionantes, deudas que hay que saldar... que explican la rotación de directivos por esas razones, algo nada bueno para los hospitales. Al igual que, como he dicho, éstos no deben ser juzgados por si su naturaleza es pública o es privada, asimismo los directores deben ser juzgados sólo en la medida de si lo hacen bien o mal. En el primer caso, debería obviarse quien esté al frente del Gobierno. Los cargos políticos son efímeros y los cambios, en efecto, se producen cada vez con más velocidad.

*Aquí reside uno de los principales problemas que planteo. Es decir, los cambios en la sanidad tienen una proyección larga; los políticos, dada la precariedad de su cargo, no se arriesgan a establecer planes estratégicos aplicables en cinco, seis o siete años.*

Los hospitales necesitan estabilidad.

*Cosa que no sucede. La mayoría de los gerentes públicos permanecen poco más de dos años en su puesto. No así en las empresas privadas. En el caso de USP Hospitales, observo que se da cabida a muchos profesionales para que ejerzan como directivos. ¿Dispone la organización de algún*



**Los directivos, con independencia de su color político, tienen que ser los mejores. Pero también deben ser profesionales y actuar como tales.**

**Y deben ser juzgados sólo en la medida de si lo hacen bien o mal.**



*sistema peculiar para reclutarlos que sea aplicable al sistema público?*

Personal intransferible. Desde que fundé la compañía, jamás hemos dispuesto de una empresa de selección de personal. Los gerentes, altos y medianos directivos de nuestra empresa se escogen por parte de un equipo, del que siempre he formado parte, y que busca a personas informadas, dotadas de sentido común y de criterio, y, ante todo, que se trate de buenas personas.

*Hemos hablado de la sostenibilidad. ¿No cree que se ataca en exceso al mundo sanitario por el coste de su mantenimiento?*

Sí. Nuestro país cumple todos los requisitos para "importar" a pacientes de otros países, como hace, por ejemplo, India: precio, servicio, clima, efectividad y calidad de los profesionales...



[www.astrazeneca.es](http://www.astrazeneca.es)

[www.azprensa.com](http://www.azprensa.com)

## Compromiso social

AstraZéneca es una de las compañías farmacéuticas líderes a nivel mundial, centrada en la investigación, desarrollo y comercialización de fármacos innovadores que hacen avanzar la Medicina y mejoran la salud y calidad de vida de millones de personas en todo el mundo.

Con más de 64.000 empleados en todo el mundo y 11 grandes centros de investigación, destina cada año a la investigación más de 3.000 millones de dólares, lo que representa una de las contribuciones más altas del sector tanto en términos absolutos como relativos.

En nuestro país está presente con más de 1.000 empleados, un importante centro de producción en Galicia, oficinas centrales en Madrid y delegaciones en las principales provincias españolas. En el campo de la comunicación, edita un diario digital de información sanitaria ([www.azprensa.com](http://www.azprensa.com)) en el que acerca a todos la actualidad del mundo de la salud.

Asume igualmente su compromiso con la sociedad a través de su política de Responsabilidad Corporativa, con programas de formación continuada, apoyo a la investigación y contribución social a los colectivos más necesitados (como el de las personas con dependencia y/o discapacidad) en donde la Fundación AstraZéneca desarrolla una intensa actividad.



# Los costes directos de un paciente asistido en el Servicio de Otorrinolaringología (ORL) de un Hospital Universitario

Negro Álvarez JM<sup>1\*</sup>, Sánchez Celemin F<sup>2</sup>,  
Amorós Rodríguez LM<sup>2\*\*</sup>, Jiménez Molina JL<sup>3</sup>,  
Murcia Alemán T<sup>4</sup>, Aparicio García C<sup>5</sup>,  
José Puerta Jiménez<sup>5</sup>, Cerezo Corbalan JM<sup>6</sup>,  
Alcaraz Quiñonero M<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Servicio de Alergología. Hospital Universitario  
"Virgen de la Arrixaca". Murcia.

<sup>2</sup> Servicio de ORL. Hospital Universitario  
"Virgen de la Arrixaca". Murcia.

<sup>3</sup> Servicio de Admisión, Documentación y Archivo. H.U.  
Virgen de la Arrixaca". Murcia.

<sup>4</sup> Sub-Director de Sistemas de Información y Evaluación.  
H.U. "Virgen de la Arrixaca". Murcia.

<sup>5</sup> Unidad de Evaluación. H.U.  
"Virgen de la Arrixaca". Murcia.

<sup>6</sup> Sub Director de Servicios Quirúrgicos. H.U.  
"Virgen de la Arrixaca". Murcia.

<sup>7</sup> Director Gerente. H.U.  
"Virgen de la Arrixaca". Murcia.

\*Profesor Asociado de Alergología. Facultad de Medicina. Murcia.

\*\*Profesor Asociado de ORL. Facultad de Medicina. Murcia.

Correspondencia  
Negro Álvarez JM.  
C/ Valle nº 7, 30120. El Palmar. Murcia  
Tfno: 968-369615, Fax: 968-369791  
✉: jnegroa@meditex.es

## Resumen

Los recursos sanitarios son limitados. Es preciso identificar los auténticos generadores del gasto para poder optimizar los recursos.

Describimos la estructura de la Unidad de Otorrinolaringología (ORL) de un Hospital Universitario, y algunos productos sanitarios finalistas que genera.

Partiendo del presupuesto ejecutado durante los años 2004-2005, utilizando la contabilidad analítica, calculamos los costes de los productos sanitarios generados (primeras visitas, sucesivas), por los nueve Grupos Funcionales Homogéneos (GFH) que componen el GFH de Consultas Externas.

Como conclusiones destacar que el sistema de gestión analítica: 1) Proporciona información válida para el clínico. 2) Es necesario identificar verdaderos generadores de gastos en el microcosmos de la clínica diaria que permitan la reasignación de recursos. 3) Hace posible correcciones para tomar decisiones. 4) La gestión clínica y la analítica deben caminar al unísono, con el fin de poder tomar las medidas necesarias tendentes a optimizar los recursos.

**Palabras clave:** ORL; primeras visitas; visitas sucesivas; contabilidad analítica; Grupo Funcional Homogéneo (GFH); costes.

## Summary

*Health resources are limited. It is necessary to identify the real costs generators to optimize resources.*

*We describe the structure of the Otorrinolaryngology Unit of the University Hospital from Spain, the health area in which patients are assisted, and the final healthcare products it generates.*

*From budget carried out during 2004-2005, and using variable costing, costs of generated healthcare products (first visits, next visits) by one of the nine Homogeneous Functional Groups (HFG), i.e., HFG from Ambulatory Service, are estimated.*

*As conclusions the current system of variable costing: 1) provide information This information should be valuable to the health professionals; 2) it is necessary to identify the real costs generators in the daily clinic microcosmos that allow reallocation of resources; 3) it makes corrections possible in order to take decisions; 4) clinic and analytic managements should run in tune to implementing the necessary measurements to optimize the resources.*

**Key words:** *Ambulatory services. Otorrinolaringology. Variable costing. First visit. Next visits. Homogenous functional groups (HFG). Costs. Health services portfolio.*

## Introducción

---

La gestión clínica precisa disponer de información fiable para tomar decisiones. Aunque los hospitales generan muchos datos procedentes de distintas fuentes, esta información, aunque suele ser accesible<sup>1</sup>, tiene un escaso aprovechamiento en la gestión clínica.

Son diversos los motivos de esta infrutilización. Por un lado, la información que interesa a los profesionales clínicos suele estar inmersa en un conjunto amplio de datos de escaso interés para ellos. Por otra parte, los indicadores son complejos o insuficientemente definidos, la información se genera en informes y tiempos diferentes y, al no difundirse de manera adecuada, no llega a todas las personas implicadas en la gestión clínica.

Algunos autores han propuesto indicadores de calidad hospitalaria<sup>2,3,4,5,6</sup> pero se han desarrollado para comparar el funcionamiento de distintos hospitales o para su uso por las direcciones hospitalarias. En España, ha habido experiencias previas de elaboración de indicadores orientados al seguimiento de los

resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios<sup>7</sup>, y recientemente, Sainz y Cols<sup>8</sup>, han publicado un artículo cuyo objetivo fundamental es profundizar en el desarrollo de indicadores periódicos de interés general para el hospital y particular para cada servicio, que supongan una herramienta útil de trabajo para ayudar a la gestión clínica. Estos indicadores se denominan siguiendo la terminología económica, cuadro de mandos o "tablero de control", y son un conjunto de indicadores que proporcionan información sobre el grado de consecución de los objetivos y las metas propuestos. La puesta en marcha de este cuadro de mandos y su consolidación en el ámbito hospitalario permite la presentación periódica de un documento para cada servicio hospitalario, que contenga los indicadores del servicio y del hospital, incluya las comparaciones pertinentes y sirve para la evaluación del pacto anual de los objetivos de cada servicio. La aplicación y difusión de esta herramienta sirve como estímulo para una mejor gestión clínica, entendida como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos<sup>9</sup>. Esta información hará posible que los profesionales ejerzan una capacidad de dirección cada vez mayor y puedan adoptar medidas para mejorar los resultados de la atención a sus pacientes<sup>10</sup>.

El objetivo principal de este trabajo es profundizar en el desarrollo de la contabilidad analítica, procediendo a la reestructuración de las unidades funcionales del Servicio de Otorrinolaringología (ORL), con identificación de los recursos humanos (RR.HH) a nivel de Grupos Funcionales Homogéneos (GFH's) y la distribución de los mismos, por áreas de actividad del Servicio, diseñando un Organigrama de las distintas áreas estudiadas, procediendo posteriormente a la difusión de la utilidad de la herramienta, sobre todo en su aspecto de Gestión Clínica.

## Material y métodos

---

### *Especificación de procesos*

El primer paso realizado fue la creación, en enero de 2005, a propuesta de la Gerencia del Hospital, de

un grupo de trabajo multidisciplinar para desarrollar los siguientes procesos:

- *Elaboración de indicadores para la gestión clínica.*
- *Definición de indicadores elegidos, incluyendo un control continuo sobre ellos, para considerar la posibilidad de inclusión de nuevos indicadores y la eliminación de indicadores seleccionados con anterioridad.*
- *Elaboración de un modelo de documento de resultados para cada servicio hospitalario, con la presentación de los indicadores de servicio y hospital y la inclusión de las comparaciones pertinentes.*
- *Creación y mantenimiento de un procedimiento informático para el proceso de diseño y cálculo de indicadores.*
- *Especificación del flujo de información procedente de distintas bases de datos del hospital.*
- *Determinación de la manera de difundir estos documentos a los servicios y a las personas para que la información actúe como un estímulo para mejorar la calidad.*
- *Control por parte del grupo de trabajo de los diversos procedimientos para realizar las modificaciones oportunas que se precisen en cada uno de los procesos individuales.*

#### Cronograma de trabajo

El grupo de trabajo, después de plantear el problema, de repartir información y bibliografía relacionada con indicadores de resultado de la asistencia sanitaria<sup>11</sup> y de tomar como base de trabajo el instrumento desarrollado previamente por algunos miembros del equipo en el mismo centro, se estableció un cronograma de trabajo aproximado, orientado a obtener resultados antes de comenzar el siguiente pacto de objetivos del Contrato de Gestión. Se designó a un facultativo del grupo para que llevara a cabo las negociaciones con los profesionales del Servicio de ORL, y preparase un estudio propuesta de indicadores concretos para dicho Servicio. Al mismo tiempo consensuaba con los profesionales del Servicio, la reestructuración de las unidades funcionales, con identificación de los recursos humanos

(RR.HH.) a nivel de Grupos Funcionales Homogéneos (GFH's) y la distribución de los mismos, por áreas de actividad del Servicio, diseñando un Organigrama de las distintas áreas estudiadas.

En una reunión posterior del grupo de trabajo, se llegó a un acuerdo sobre los indicadores seleccionados, y se especificó el procedimiento de recogida de datos a partir de las diversas fuentes de información y las características generales del formulario de salida. Se planteó un estudio piloto a realizar con los datos del primer semestre del año 2005. Finalizado el estudio piloto en el mes de diciembre, se estudiaron los indicadores correspondientes al año 2005 y se compararon con los del año 2004.

La discusión y enjuiciamiento de todo el proceso en las reuniones del grupo condujo a modificaciones en la presentación y número de indicadores. Este proceso fue dinámico, con modificaciones continuas tras revisiones periódicas del grupo de trabajo.

#### Fuentes de la información

La gestión administrativa de los pacientes en el Área de Consultas Externas, así como la de las tareas relacionadas con el proceso de citación y captura de la actividad de pacientes en esta Área del Hospital, es realizada en HP-HIS1® por el módulo de Consultas Externas, que proporciona un sistema flexible de diseño de agendas de citación. El módulo está diseñado para que el personal administrativo del Centro de Programación del Servicio de Admisión de Consultas Externas, realice las citaciones de los pacientes de primera vez, y el de la Unidad de ORL las sucesivas y la consulta a demanda. El puesto de citación consiste en un interfaz que presenta al usuario toda la información necesaria para realizar las tareas, como programación de citas, registro de nuevos pacientes, cambios en la programación (anulaciones, reprogramaciones) o captura de la actividad realizada, de acuerdo al perfil de la Unidad.

La periodicidad de los controles y el profesional que realizaba cada visita concreta estaban definidos por la programación existente en la Unidad de ORL.

La fuente de datos se completo con el conjunto mínimo de datos básicos (CMDB), de la codificación de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), de la codificación de las altas médicas por documentación médica, de la información del servicio de farmacia.

#### Procedimiento informático de creación de hoja de resultados

La estructura elegida para la introducción y presentación de datos fue una Hoja de cálculo de Microsoft Excel de Office Profesional para XP<sup>12</sup>, que se configura como una serie de hojas descriptivas de cada actividad para las evaluaciones del servicio.

#### Procedimiento de recogida y difusión

El proceso previsto se inició con la solicitud por parte del facultativo designado por el grupo, de la información pertinente a la Unidad de Evaluación a los servicios que manejan las fuentes de información global consideradas. Después de la recogida de estos datos, se transcribieron en las celdas correspondientes de la aplicación en Excel, cuyos cálculos previamente definidos ofrecen automáticamente los resultados para el Servicio. Posteriormente, se llevó a cabo una entrevista con el responsable del Servicio de ORL, al que se informó de los resultados, junto con una explicación del glosario de términos.

Posteriormente se procedió a consensuar con los profesionales de ORL, la reestructuración de las unidades funcionales, con identificación de los recursos humanos (RR.HH.) a nivel de Grupos Funcionales Homogéneos (GFH's) y la distribución de los mismos, por áreas de actividad del Servicio, diseñando un Organigrama de las distintas áreas estudiadas, en el que se distribuía el tiempo de cada profesional de acuerdo con la actividad que realizaba.

## Resultados

### Imputación de costes a los GFH

El Servicio de ORL está formado por diversos profesionales (Facultativos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos, etc.).

Un resumen del seguimiento del presupuesto económico y de la distribución de costes del Capítulo 1 (Personal) de los GFHs del Servicio quedan reflejados en las Tablas I y II.

Como ejemplo de imputación de costes a los productos finales, desarrollaremos el del coste de las primeras visitas y de las sucesivas, del GFH de Consultas Externas del Policlínico.

Tabla I. GFHs hospitalarios.

A) Docencia e Investigación ORL (GFH 348)		
	2005	2004
CI - COSTES DE PERSONAL	145.432	19.418
DOC Docencia	7.112	2.083
FACU Facultativos	138.319	17.335
B) Consulta Externa de ORL (GFH 121).		
	2005	2005
CI - COSTES DE PERSONAL	334.930	305.732
ADM Personal Función Administrativa	10.226	19.950
AUX Auxiliares de Enfermería	70.224	64.798
BERT Becarios Redes Temáticas	31	0
DOC Docencia	42.696	13.890
ENF Enfermería		91.527
FACU Facultativos	210.245	115.567
FISI Fisioterapeutas	102	0
INVE Investigador/ra	9	0
JUBI Cto. pensión (jubilación)	259	0
MATR Matronas	226	0
OTRO Personal Varios	395	0
TEC Técnico Especialista	518	0
C) Consulta Externa Infantil de ORL (GFH 414).		
	2005	2004
CI - COSTES DE PERSONAL	123.777	78.000
ADM Personal Función Administrativa	17	0
AUX Auxiliares de Enfermería	23.373	19.865
BERT Becarios Redes Temáticas	16	0
ENF Enfermería		58.135
FACU Facultativos	99.590	
FISI Fisioterapeutas	53	0
INVE Investigador/ra	4	0
JUBI Cto. pensión (jubilación)	134	0
MATR Matronas	117	0
OTRO Personal Varios	204	0
TEC Técnico Especialista	268	0

D). Hospitalización de ORL (GFH 82)		
	2005	2004
CI - COSTES DE PERSONAL	74.907	439.374
CUPO Cupo y Zona		44.529
DOC Docencia	8.514	42.364
FACU Facultativos	66.393	352.481
E). Consulta Extrahospitalaria de ORL (GFH 368).		
	2005	2004
CI - COSTES DE PERSONAL	407.172	442.316
AUX Auxiliares de Enfermería	11.686	
BERT Becarios Redes Temáticas		31
CUPO Cupo y Zona	316.251	442.316
ENF Enfermería	40.506	0
FACU Facultativos	38.729	0
F). Quirófanos ORL (GFH 82Q).		
	2005	2004
CI - COSTES DE PERSONAL	108.103	32.365
DOC Docencia	8.514	3.473
FACU Facultativos	99.590	28.892
G) Técnicas diagnósticas ORL (GFH 384).		
	2005	2004
CI - COSTES DE PERSONAL	107.189	51.783
DOC Docencia	4.289	5.556
ENF Enfermería	80.769	
FACU Facultativos	22.131	46.227

Tabla II. GFH en Centro de Especialidades.

A) Consulta Externa Extrahospitalaria de ORL Audiometrías (GFH 445).		
	2005	2004
CI - COSTES DE PERSONAL	172.474	64.929
ADM Personal Función Administrativa	10	0
BERT Becarios Redes Temáticas	10	0
CUPO Cupo y Zona	45.179	
ENF Enfermería	121.275	64.969
FACU Facultativos	5.533	0
FISI Fisioterapeutas	32	0
INVE Investigador/ra	3	0
JUBI Cto. pensión (jubilación)	81	0
MATR Matronas	70	0
OTRO Personal Varios	123	0
TEC Técnico Especialista	161	0
B) Otorrinolaringología Ambulatoria (GFH 461 (82)).		
	2005	2004
CI - COSTES DE PERSONAL	101.423	
CUPO Cupo y Zona	90.357	
FACU Facultativos	11.066	

A los costes ocasionados por los profesionales, debemos de añadir otra serie de costes imputables a ese GFH (estructurales, etc.) (Tabla III). En la Tabla IV podemos observar diversos indicadores correspondientes al ejercicio de 2005.

Tabla III. Costes Consulta Externa del Policlínico de ORL (GFH 121).

	2005	2004
CI - COSTES DE PERSONAL	334.930	305.732
ADM Personal Función Administrativa	10.226	19.950
AUX Auxiliares de Enfermería	70.224	64.798
BERT Becarios Redes Temáticas	31	0
DOC Docencia	42.696	13.890
ENF Enfermería		91.527
FACU Facultativos	210.245	115.567
FISI Fisioterapeutas	102	0
INVE Investigador/ra	9	0
JUBI Cto. pensión (jubilación)	259	0
MATR Matronas	226	0
OTRO Personal Varios	395	0
TEC Técnico Especialista	518	0
CII - COSTES DE FUNCIONAMIENTO	37.606	32.845
R1 - COSTES UTILIZACION OTROS SERVICIOS	206.629	156.354
R2 - COSTES ESTRUCTURALES	14.050	30.231
TOTAL GFH	593.215	525.162

Al no estar definidas las Unidades Relativas de Valor (URV) para cada tipo de Consulta, tomaremos como coeficiente de reparto el minuto de tiempo médico, considerando que a cada Primera Visita se le dedican 30 minutos y 20 minutos a cada visita sucesiva, tal como han propuesto otros autores<sup>13</sup>.

*Año 2004.*

*Durante el primer semestre de 2004 se asistieron 3.638 pacientes de primera vez y se realizaron 3.526 visitas sucesivas.*

*Tiempo médico = (3.638 x 30) + (3.526 x 20) = 179.660 minutos.*

*De donde el coste por minuto asistencial será:*

*Coste minuto = 525.162 Euros /179.660 = 2,92 euros*

*Por lo que el coste de una Primera Visita podemos estimarlo en:*

*Coste Primera Visita = 30 x 2,92 = 87,6 euros.*

*Y el de una Sucesiva:*

*Coste Visita Sucesiva = 20 x 2,92 = 58,4 euros.*

*Año 2005.*

*Durante el primer semestre de 2005 se asistieron 2.157 pacientes de primera vez y se realizaron 5.470 visitas sucesivas.*

*Tiempo médico = (2.157 x 30) + (5.470 x 20) = 174.110 minutos.*

*De donde el coste por minuto asistencial será:*

*Coste minuto = 593.215 euros / 174.110 = 3,41 euros.*

*Por lo que el coste de una Primera Visita podemos estimarlo en:*

*Coste Primera Visita = 30 x 3,41 = 102,3 euros.*

*Y el de una Sucesiva:*

*Coste Visita Sucesiva = 20 x 3,41 = 68,2 euros.*

## Discusión

Francisco Revenga<sup>14</sup> puso de manifiesto la necesidad de disponer de herramientas que permitan al clínico evaluar los costes y resultados de las diversas alternativas que permitan abordar un determinado problema, sea de índole diagnóstica o terapéutica.

Se han presentado una serie de indicadores hospitalarios del Servicio de ORL, tanto de actividad asistencial como económicos ocasionados por los profesionales, que sirven como cuadro de mandos para la evaluación periódica de la gestión clínica y de la mejora de calidad tanto del Servicio como del hospital. Estos indicadores se han difundido entre los profesionales del Servicio de ORL y han tenido una buena acogida por parte de los destinatarios. Además este cuadro de mandos ha servido como base para el pacto anual de objetivos del año 2006.

Las variaciones en las imputaciones de los costes entre 2004 y 2005, están justificadas por la redistribución de los recursos humanos, de acuerdo con las conversaciones mantenidas con los profesionales del Servicio de ORL.

Al haberse hecho una aproximación al microcosmos de la ORL, estableciendo unos indicadores que si que tienen valor para el clínico, la implantación de este cuadro de mandos puede suponer un paso adelante en la política de calidad en el Servicio de ORL y

del hospital, al pretender hacer un uso más eficiente de los recursos de información disponibles, difundirlos y promover la toma de decisiones basada en datos contrastados y de acceso público. La principal ventaja del trabajo que hemos realizado creemos que es su carácter multidisciplinar, fruto de la colaboración de profesionales de distintos campos relacionados con la gestión clínica y con el tratamiento de la información, con la implicación de los clínicos, que al fin y al cabo son los protagonistas en la generación del gasto, ya que, aunque los clínicos no han participado directamente en los primeros pasos de la elaboración de los indicadores, sí lo han hecho

Tabla IV. Indicadores de actividad de Consultas Externas del Servicio de ORL.

<b>Policlínico</b>	<b>2005</b>
Consultas totales	7.627
Primeras consultas	2.157
Consultas sucesivas	5.470
Relación sucesivas/primeras	2,54
Consultas totales por día hábil	30,75
Pacientes pendientes de primera consulta	152
Demora media	25,37
Primeras consultas procedentes de Atención Primaria	1.130
Porcentaje de primeras consultas procedentes de A. Primaria	52,39
<b>Pabellón infantil</b>	<b>2005</b>
Consultas totales	2.802
Primeras consultas	936
Consultas sucesivas	1.866
Relación sucesivas/primeras	1,99
Consultas totales por día hábil	11,30
Pacientes pendientes de primera consulta	78
Demora media	30,00
Primeras consultas procedentes de Atención Primaria	236
Porcentaje de primeras consultas procedentes de A. Primaria	25,21
<b>Centro de Especialidades</b>	<b>2005</b>
Consultas totales	19.334
Primeras consultas	9.470
Consultas sucesivas	9.864
Relación sucesivas/primeras	1,04
Consultas totales por día hábil	77,96
Pacientes pendientes de primera consulta	155
Demora media	5,89
Primeras consultas procedentes de Atención Primaria	9.208
Porcentaje de primeras consultas procedentes de A. Primaria	97,23

posteriormente con sus críticas y sugerencias a las versiones sucesivas que se les han ido entregando en las entrevistas que se han mantenido con ellos.

Aunque otros autores han descrito ampliamente indicadores de calidad hospitalarios, nuestro trabajo incluye, además de una serie de indicadores hospitalarios globales, indicadores propios de la ORL para auxiliar la gestión clínica efectuada desde el propio Servicio. Este cuadro de mandos representa la ampliación y el desarrollo de intentos previos orientados al mismo fin<sup>15,16</sup>, que hará posible que el Servicio de ORL pueda evaluar sus propios indicadores después de la aplicación de decisiones de gestión, tal como proponen Rodríguez Radial y Cols<sup>17</sup>.

Somos conscientes de que los indicadores propuestos adolecen de las limitaciones procedentes de la validez y fiabilidad de los datos recogidos en el CMBD<sup>18</sup>, en el proceso de codificación de las historias clínicas<sup>19</sup> y en el conjunto de fuentes de datos, por lo que actualmente estamos en fase de revisión pormenorizada de las mismas, en estrecha colaboración con los profesionales de la ORL

A medida que mejore la calidad de los datos de estas bases de datos, aumentará la solidez de los indicadores y, con ello, la confianza de todos los profesionales implicados en la gestión clínica. Este cuadro de mandos incluye datos económicos o administrativos, como el coste por unidad de producción, y en el futuro se podrá mejorar esta información a partir de los datos aportados por la contabilidad analítica.

## Conclusiones

El actual sistema de gestión analítica:

1. *Proporciona información.*
2. *Esta información debe de tener validez para el clínico.*
3. *Es necesario identificar verdaderos generadores de gastos en el microcosmos de la clínica diaria que permitan reasignación de recursos.*
4. *Hace posible correcciones que permitan tomar decisiones para ejecutar de forma óptima el gasto.*

*5. Una vez más remarcamos la importancia de que la gestión clínica y la analítica caminen al unísono, con el fin de poder tomar las medidas necesarias tendentes a optimizar los recursos.*

## Bibliografía

- <sup>1</sup> Custodi J, García C. Los sistemas de información en el INSALUD. Rev Calidad Asistencial 2002; 17: 166-76.
- <sup>2</sup> A guide to the development and use of performance indicators. Ontario, Canadá: Canadian Council on Health Services Accreditation, 1996.
- <sup>3</sup> Oteo Ochoa LA, Pérez Torrijos G, Silva Sánchez D. Cuadro de mandos integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia. Gestión Hospitalaria 2002; 13: 9-25.
- <sup>4</sup> AHRQ quality indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2005 [consultado 22-1-2007]. Disponible en: [http://www.qualityindicators.ahrq.gov/general\\_faq.htm](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/general_faq.htm)
- <sup>5</sup> Refinement of the HCUP quality indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2005 [consultado 22-1-2007]. Disponible en: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads.htm>
- <sup>6</sup> Graells J, García D. Grupos diagnósticos ambulatorios en dermatología. Estudio de un hospital comarcal. Actas Dermosifiliogr 2004; 95: 10: 613-17.
- <sup>7</sup> Montserrat D, Martínez JR, Alonso M, Meirás O, Franco A, García I, et al. Implantación de un cuadro de mando para seguimiento de los resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios. Rev Calidad Asistencial 2002; 17: 93-8.
- <sup>8</sup> Sainz A, Martínez JR, García F, Alonso M, Núñez A, Asensio A et Al. Elaboración de un cuadro de mandos para la gestión clínica en un hospital. Rev Calidad Asistencial 2004;19: 1: 5-10.
- <sup>9</sup> Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial 2002; 17: 305-11.
- <sup>10</sup> Blumenthal D, Epstein AM. Quality of health care. Part 6: The role of physicians in the future of quality management. N Engl J Med 1996; 335: 1328-31.
- <sup>11</sup> National library of healthcare indicators. Health Plan and Network Edition. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1997.
- <sup>12</sup> Walkenbach J. El libro de Excel 97. Madrid: Editorial Anaya Multimedia, 1997.
- <sup>13</sup> Negro Alvarez JM. Una vieja asignatura pendiente: la consulta de Alergología en la asistencia extrahospitalaria. Rev Esp Alergol Immunol Clin 1996; 11: 1: 39-46.
- <sup>14</sup> Revenga F. Métodos de análisis económico de las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Actas Dermosifiliogr 2004; 95: 1: 1-13.
- <sup>15</sup> Negro Alvarez JM, Murcia Alemán T, Aparicio García C, Hernández García J, Ferrándiz Gomis R. Los costes directos de un paciente asistido en la consulta externa de Alergología de un hospital universitario. Alergol Immunol Clin 2005; 20: 1: 4-9.
- <sup>16</sup> Negro Alvarez JM. La gestión clínica en Alergología. Curso de Gestión Clínica. Alergología. Sanidad y Ediciones, Madrid 2002.
- <sup>17</sup> Rodríguez Padiál L, Romero Gutiérrez A, Moreu Burgos J, Maicas Bellido C, Alcalá López J, Castellanos Martínez E, et al. Efecto de la gestión de un servicio de cardiología en la atención del paciente cardiológico. Evolución de los indicadores asistenciales. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 1251-60.
- <sup>18</sup> Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 119-30.
- <sup>19</sup> Renau J, Pérez-Salinas I. Evaluación de la calidad de la información clínica: validez en la asignación de los grupos de diagnósticos relacionados (GRD). Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 230-4.



## Los éxitos de todos los días.

Nuestro deseo de ofrecer el mejor cuidado al paciente nos obliga a explorar tecnologías más sofisticadas que simplifiquen nuestras vidas. Queremos facilitar la labor de los clínicos para que dispongan de más tiempo para centrarse en el paciente. Conseguir más con menos esfuerzo. Esto sí tiene sentido.

Para más información:  
[www.medical.philips.com](http://www.medical.philips.com)  
Tel.: 91 566 90 00  
Fax: 91 403 42 69

**PHILIPS**  
sense and simplicity

## ¿Seis Sigma puede aliviar los problemas de financiación de la sanidad española?

Rajaram Govindarajan

*Profesor-Colaborador de ESADE, Barcelona, Consultor Senior, CALIDAD PLUS roja, S.L., Auditor Jefe de ISO9001, Evaluador de EFQM, y Cinturón Negro de Seis Sigma por la Asociación Española de Calidad/American Society for Quality*

---

### Correspondencia

Rajaram Govindarajan  
C/ Menta 60, El Temple, 08460 Santa Maria de Palautordera, Barcelona  
Tfno: 666 763 348  
✉: raj@calidadplusroja.com

---

### Resumen

---

Actualmente la sociedad percibe que la rapidez de diagnóstico y la calidad de tratamiento no son óptimas en la sanidad pública española. Los propios profesionales sanitarios perciben que no pueden dar buen servicio por falta de recursos. Existen largas listas de espera para la diagnosis y tratamiento, afectando seriamente la posibilidad de detección precoz e intervención eficaz de ciertas enfermedades. Escuchamos debates sobre el déficit sanitario y cómo se debe obtener más financiación, pero está ausente el debate sobre posibles drenajes de recursos por ineficiencia organizativa. Como la eficacia y eficiencia están muy interrelacionadas, no podemos lograr y sostener la eficacia (calidad y rapidez) en el servicio sanitario, si ignoramos la eficiencia de los procesos sanitarios. Varios hospitales norteamericanos han reportado ahorros millonarias aplicando Seis Sigma para “adelgazar” los presupuestos de procesos insanamente ineficientes y usar los recursos así ahorrados en mejorar la calidad y rapidez de los servicios. Ejemplos de proyectos de Seis Sigma pueden ser la reducción de infecciones hospitalarias, errores de diagnosis, toxicidad de los tratamientos, errores en los informes, costes de tratamiento y tiempo ciclos (esperas, la duración de un tratamiento, etc.).

Para obtener resultados sostenidos y conseguir mejora continua, la alta dirección debe estar altamente motivada en conseguir que su institución sea una de las mejores y también debe estar convencida de que no puede lograr la excelencia sin que su personal esté motivado. Entonces, se puede implantar una metodología como Seis Sigma, ya que tendremos los fundamentos básicos para lograr los resultados deseados.

**Palabras clave:** Seis Sigma, Excelencia, Eficiencia, Costes, Calidad, Listas de Espera, Alta dirección, Administración Sanitaria.

### **Summary:**

---

*There is a perception in the Spanish society that the timeliness in diagnosis and the quality of treatment are not optimum. Health care staff themselves admit that they cannot provide good service due to lack of resources. There are long waiting lists for diagnosis and treatment, with serious implication in early detection and cure of certain diseases. In Spain there is a debate on which method is good to raise more public funds. However, there is total absence of debate about possible resource drainage due to organizational inefficiency. As effectiveness and efficiency are interrelated, we cannot achieve and sustain effectiveness (quality and timeliness) in health care, if we ignore the efficiency of the health care processes. Many U.S.hospitals have reported savings of millions of dollars applying Six Sigma to "streamline" the health care process that are unhealthily inefficient and use the obtained savings to improve quality and timeliness in other areas where indeed there is a lack of resources. Examples of Six Sigma projects include the reduction of hospital-induced infections, diagnostic errores, treatment toxicities, errores in medical reports, treatment costs and process cycle times (waiting time, treatment duration etc.)*

*To obtain sustainable results, and achieve continuous improvement, the top management should be highly motivated to drive excellence and should also be convinced that it is not possible to achieve that goal if employees are not motivated. Only then it is possible to implement a methodology such as Six Sigma, as the foundation for excellence would be laid.*

**Key words:** *Six sigma, Excellence, Efficiency, Costs, quality, Waiting list, Top management, Health care Administración*

### **Introducción**

---

No muchos países tienen un sistema sanitario público tan bueno como el de España. Sin embargo, el modelo solidario, fundado en el noble concepto de "salud para todos" independientemente del grado de contribución individual, puede estar en

grave peligro si los ciudadanos perciben que la calidad y la rapidez de los servicios recibidos no son buenas. Actualmente en la sanidad española, en general se percibe que la calidad, sobre todo en lo referente a la rapidez de diagnóstico y tratamiento, no es adecuada. Los propios profesionales sanitarios perciben que no pueden dar buen servicio por falta de recursos. Por ejemplo, se dice que la falta de especialistas y otros medios es la causa de las largas listas de espera que existen para la diagnóstico y tratamiento, afectando seriamente la posibilidad de detección precoz e intervención eficaz de las enfermedades. Con recursos adicionales también se puede aliviar las esperas en las salas de consultas, incluyendo las de urgencias hospitalarias donde la consecuencia de la atención lenta puede causar muertes prevenibles. Otro problema muy relacionado con los recursos es la motivación de los profesionales, quienes están cansados de pedir a veces recursos muy básicos para poder desarrollar su trabajo diarios con garantías de seguridad y calidad para los pacientes. Tampoco vendría mal más recursos para aumentar la motivación de cierto tipo de profesionales sanitarios que están reclamando mejoras en la compensación salarial. Falta presupuesto para inversiones básicas en la renovación tecnológica de los equipos de diagnóstico y tratamiento, que tiene mucho que ver con la posibilidad de detección y tratamiento con seguridad y certeza de muchas enfermedades. La tecnología informática en la sanidad no ha llegado a los niveles de otros sectores de servicios comparables. La informática aumenta la seguridad y rapidez, ya que la calidad de información disponible a la hora de tomar decisiones terapéuticas son superiores. En esta era informática, tristemente todavía los médicos no tienen otro remedio que hacer la consulta sin la disposición garantizada de las Historias Clínicas del paciente. Tabla 1 presenta ejemplos de cómo la falta de recursos puede afectar la calidad asistencial. ¿Cómo podemos conseguir dinero para todo esto?

Desde hace un tiempo, escuchamos debates en España sobre el déficit sanitario y diferentes puntos de vistas sobre cómo se debe mejorar la financiación

Tabla 1. Cómo afecta la falta de recursos la calidad asistencial y qué podemos hacer.

Con recursos adicionales, ¿qué podemos mejorar?	¿Qué problemas pueden ser reducidos?	¿Cómo pueden ayudar los recursos adicionales para mejorar la calidad?	Propuestas comunes que escuchamos para resolver el problema	Propuesta de este artículo
Calidad asistencial	Falta de seguridad (en tratamiento de pacientes)	Verificaciones adicionales de diagnóstico.	Medios adicionales.	Reflexiones sobre el "por qué" y "cómo" de las mejoras en la eficiencia organizativa, para regenerar recursos internamente drenados.
	Errores diagnósticos	Mejoras tecnológicas.		
	Errores en tratamiento			
	Eficacia del tratamiento			
	Control de infecciones	Formación adecuada del personal.		
Inversión en el personal (compensaciones adecuadas, formación etc.)				
Rapidez que afecta la calidad asistencial	Diagnóstico precoz	Mejoras en incentivos del personal.	Especialistas adicionales.	
	Reducción de esperas en las salas	Mejoras en infraestructura.		
	Reducción de listas de esperas			
	Rapidez en los informes médicos	Implantación de sistemas de gestión, etc.		
	Inversión en tecnología (equipos automáticos, informatización etc.)			

*"La relación entre la calidad y ineficiencia en una organización puede compararse con la relación entre salud y obesidad de una persona".*

sanitaria. Aunque se mejore la financiación, como los recursos nunca pueden ser ilimitados, dado el nivel de financiación, aquellos centros que se gestionan con una eficiencia alta dispondrán de más recursos que otros que se pueden estar gestionando con menos eficiencia. Varios hospitales norteamericanos han reportado ahorros millonarios aplicando Seis Sigma para "adelgazar" los presupuestos de procesos insanamente ineficientes y usar los recursos así ahorrados en mejorar la calidad y rapidez de los servicios<sup>1</sup>. Por tanto, por debajo del debate sobre la financiación adecuada en la sanidad, se esconde el concepto de "gestión con la eficiencia adecuada"<sup>2</sup>.

La relación entre la calidad y ineficiencia en una organización puede compararse con la relación entre salud y obesidad de una persona. Hay una interrelación entre calidad, rapidez y eficiencia. Tabla 2 da ejemplos de aspectos de Ineficiencia y Calidad que

tienen una relación causa-efecto entre ellos. Aumentando la eficiencia, se puede liberar recursos mal gastados para invertir en otros procesos que puede necesitar recursos para aumentar la seguridad, renovar la tecnología, la formación del personal etc. La idea es hacer las cosas con más eficiencia y así disponer de recursos adicionales para mejorar la eficacia de la organización. Así que la eficacia y eficiencia están muy interrelacionados. No podemos lograr y sostener la eficacia (calidad y rapidez) en el servicio sanitario, si ignoramos la eficiencia de los procesos sanitarios. La mejora en eficiencia de las organizaciones sanitarias en España pueden aliviar la situación actual.

La línea básica de argumento de este artículo no es "vender" el método Seis Sigma, sino conseguir el convencimiento de los directores de las organizaciones sanitarias de que:

Tabla 2: Ejemplos de aspectos de Ineficiencia y Calidad que tienen una relación causa-efecto entre ellos

Aspectos que causan Ineficiencia	¿Causa?	¿Efecto?	Problema de calidad	¿Causa?	¿Efecto?
La duración de estancia media del paciente aumenta 14 días adicionales, con un coste adicional de 3154 Libras por paciente en Reino Unido <sup>3</sup> .		X	La infección hospitalaria se estima en 10%	X	
En un hospital, 6 servicios médicos independientes hacen sus sesiones clínicas a la misma hora. Si las sesiones están programadas a horas diferentes, necesitarán menos consultas y espacio de espera para los pacientes.	X		El tiempo medio de espera de los pacientes es de dos horas por el sobre cargo de las consultas y auxiliares.		X
El paciente no está bien informado de qué documentos y resultados de pruebas tiene que traer para la primera visita del médico especialista. 20% de primeros visitas se repiten.	X		El tiempo de espera para la primera visita es 30 días. (Si se elimina los 20% de vistas adicionales innecesarias, se puede reducir el tiempo de espera a 24 días).		X
Se reparten los pacientes entre médicos en una reunión semanal del servicio.	X		El tiempo de inicio del tratamiento de los pacientes de una enfermedad crítica a retrasa 1 semana.		X
El coste de tratamiento aumenta en un 10%		X	Hay 5 % de errores de diagnosis.	X	

1. *Un proceso necesita ser gestionado con máxima eficiencia, antes de reclamar recursos adicionales para gestionar este mismo proceso, y*
2. *Cuando se logra la mejora de la eficiencia de un proceso, se deben redirigir los recursos liberados a otros procesos necesitados críticos de la misma organización, para mejorar la eficacia de estos procesos críticos y para mejorar la eficacia global de sus organizaciones. Los buenos gestores no tienen que hacer nada más que realizar estos dos pasos reiterativamente, para mantener sus organizaciones eficaces y eficientes<sup>4</sup>. Seis Sigma es un ejemplo de metodología para lograrlo. Afortunadamente, hay muchos otras metodologías y herramientas para conseguir estos mismos objetivos<sup>5</sup>.*

### ¿Cómo es Seis Sigma?

Las empresas experimentan métodos y herramientas a medida que van apareciendo en el mercado. Hemos oído hablar de métodos como Total Quality Management, Process Re-engineering, etc., pero las organizaciones no logran aplicarlas con una determinación y rigor que les permitan obtener resultados. Tienen la dificultad añadida de no saber cómo medir el resultado de mejora. Un directivo introduce un método y después se va. Viene otro e

introduce otro método y después se va. Con todo esto, los directivos pierden la credibilidad ante su personal y el esfuerzo para probar nuevos métodos o herramientas es cada vez menor. Es un ciclo vicioso. Si se analizan los diferentes métodos de mejora que hay, uno llega a la conclusión de que cualquier metodología es suficientemente bueno para que, si se aplica con determinación y rigor, se pueda obtener un mínimo de resultados. Lo que falla primero es el compromiso y la estrategia de mejora a medio y largo plazo de la organización, que no puede variar drásticamente cuando cambie el equipo directivo. Una vez está definida la estrategia, faltaría elegir una metodología y hacer un compromiso firme para su implantación, y así poder lograr los objetivos estratégicos a largo plazo.

La metodología Seis Sigma tiene dos ventajas respecto otras metodologías en este sentido. Primero, establece una manera única de medir los resultados de mejora de diferentes procesos de la organización, para que el personal de cada proceso sepa cómo está (o no está) contribuyendo a los objetivos globales de la empresa. Así, la metodología permite que los directivos puedan alinear los objetivos de la empresa y los objetivos marcados a todo su personal. Además, la medición de resultados con Seis Sigma es cuantificable y medida con objetivi-

dad. La segunda ventaja es que para implantar Seis Sigma hace falta una inversión fuerte. Uno puede pensar que la necesidad de inversión no es ninguna ventaja. El “truco” está en que la inversión y el compromiso van juntos. Un método que necesita fuerte inversión, pero convence la organización, no es para probar y dejar, sino para hacerlo funcionar. La metodología Seis Sigma transforma toda la organización que lo implanta. Hay que invertir mucho en la formación del personal, sobre todo en conceptos y herramientas estadísticas. Es una metodología solo para las organizaciones que la eligen estratégicamente, y quieren comprometerse a medio y largo plazo. ¡En los Estados Unidos, las mejoras que están reportando las empresas que la han aplicado es tan dramática que si una empresa declara que también va a aplicar Seis Sigma sus valores en la bolsa suben!

La metodología Seis Sigma se originó en la industria de fabricación como muchas otras y ahora está siendo aplicada en grandes empresas mundialmente, incluyendo las empresas del sector de servicios. En los Estados Unidos hay enorme entusiasmo por la metodología, hasta tal punto que varios universidades de prestigio están lanzando estudios universitarios con titulación MBA (Master of Business Administración), con una duración de dos años académicos, en la metodología Seis Sigma. En términos relativos, allí la sanidad ha acogido la metodología con menos entusiasmo, pero ya hay varios casos de grandes éxitos. Varias experiencias de grandes éxitos en los Estados Unidos sugieren la metodología Seis Sigma como una posible herramienta para mejorar la eficiencia y eficacia simultáneamente, logrando mejoras en la calidad, rapidez y costes, todo en un esfuerzo unificado.

Se puede aplicar la metodología Seis Sigma en dos posibles situaciones:

1. Para mejorar un proceso existente;
2. Para diseñar un proceso nuevo. El primero es la metodología más común de Seis Sigma y aplica una “ruta” (conocida como el “road map”) de cinco pasos de mejora, abreviada en DMAIC (se pronuncia “Dmaic”). Los cinco pasos son: 1. Definir, 2. Medir, 3.

Analizar, 4. Mejorar y 5. Controlar. Si hay que implantar un proceso nuevo, (o lo que tenemos es tan desastroso que se debe replantear el proceso de nuevo), entonces se puede usar otra metodología de Seis Sigma conocida como DFSS (Design for Six Sigma) con otra “ruta” de cinco pasos diferentes, abreviadas en DMADV (se pronuncia “Dmadv”). Estos cinco pasos son: 1. Definir, 2. Medir, 3. Analizar, 4. Diseñar y 5. Verificar. Conceptualmente, tanto el ciclo DMAIC como DMADV son muy parecidos al ciclo de Deming de PDCA (Planificar, Realizar, Verificar y Actuar).

Consideremos un ejemplo de un hospital público que tiene problemas en su servicio de archivos y un 8 por ciento de las visitas médicas de sus pacientes se realizan sin haber podido localizar las Historias Clínicas correspondientes. En este caso, se puede plantear la metodología de mejora de proceso, aplicando la “ruta” DMAIC. Pero si las ausencias de las Historias Clínicas en las consultas es muy alta (por ejemplo 1 de cada 3 pacientes están siendo visitados sin sus Historias Clínicas), entonces en lugar de plantear “mejora de proceso”, plantearemos “rediseño” del proceso, aplicando la “ruta” DMADV, porque parece que algo básico del proceso no está funcionando bien.

### **Medición del resultado de mejora con Seis Sigma**

Se compara el resultado de una actividad con la especificación de su usuario (el paciente), y la desviación del resultado respecto la especificación se denomina “defecto”. Por ejemplo, si el compromiso de tiempo máximo de espera para realizar las pruebas de diagnóstico de cáncer de mama en Cataluña es un mes, el defecto de este proceso será el número total de todos aquellos pacientes que se han diagnosticado con una espera superior a un mes. La metodología Seis Sigma aplica este concepto de medición de defecto, pero para poder comparar les con otros procesos, convertimos el resultado en una escala de defectos por cada millón de oportunidades para cometer tales defectos. Es decir, suponiendo que uno de cada 100 solicitantes de pruebas de diagnóstico de

cáncer de mama reciben el diagnóstico más tarde de un mes, entonces el defecto de este proceso que es  $1/100 = 10.000/1.000.000 = 10.000$  ppm (partes por millón). De este modo, Seis Sigma mide el resultado de cualquier aspecto de cualquier proceso.

En términos estadísticos, en una distribución normal, cuando un proceso produce “cero o casi cero” defectos (0 ppm), el nivel de sigma de este proceso es 6 (de aquí viene el nombre Seis Sigma). Se supone que, en una distribución normal, el valor medio de los resultados de un proceso está a 6 veces de su desviación estándar desde el límite de especificación.

Escojamos un proceso sencillo para entender “Seis Sigma”. Supongamos que nuestro objetivo es citar a los pacientes para una visita periódica de control cada 100 días desde la última visita. Pero ningún proceso es capaz de conseguir que el cien por cien de los pacientes sean visitados exactamente en 100 días desde sus últimas visitas correspondientes. El proceso tendrá una variabilidad con una distribución normal. Digamos que el proceso está variando en un rango entre 95 y 105 días.

Supongamos que los expertos médicos han definido el límite de tolerancia máxima, conocida como Upper Specification Limit (USL), en 108 días. Es decir, en ningún caso el tiempo entre dos visitas de un mismo paciente puede exceder 108 días. Es decir el “defecto” de este proceso se define “el número de pacientes no visitados en 108 días”. En este caso, desde el punto de vista de calidad, no hay un límite mínimo, conocida como Lower Specification Limit (LSL). Es decir, la duración entre dos visitas de un mismo paciente puede ser cualquier valor menor que 108 días.

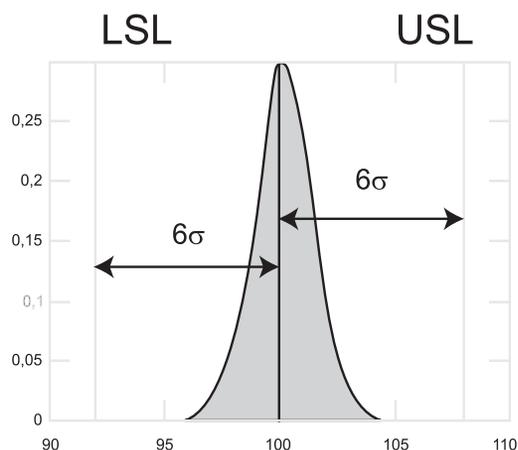
Sin embargo, desde el punto de vista de eficiencia, será necesario controlar el número de días mínimo. No podemos decir al personal responsable de programación que programen cualquier manera sin exceder 108 días entre dos visitas consecutivas de un mismo paciente. ¿Por qué no? Supongamos un ejemplo de un nuevo escenario, en el cual el personal tiene instrucciones de preocuparse sólo del límite máximo, y que el resultado final es que están programando un 20 por ciento de pacientes en cada 80 días. En este escenario, generaremos dos problemas potenciales. Primero, si la capacidad de visitas es limitada y si visitamos el 20 por ciento de pacientes en 80 días, probablemente tendremos que visitar un elevado porcentaje de pacientes excediendo 108 días. Por lo tanto, tenemos el riesgo de aumentar los “defectos”. Segundo, si visitamos los pacientes cada 80 días en lugar de cada 108, vamos a hacer más visitas totales de lo necesario, subiendo así el consumo de recursos a un ritmo más rápido que lo presupuestado.

Por lo tanto, para mantener la eficacia y la eficiencia del proceso de programación, vamos a establecer también un Lower Specification Limit de 92 días. Por tanto, en nuestra definición de “defecto” entran todas aquellas visitas no hechas en el rango 92-108 días. Figura 1 muestra un proceso “Seis Sigma”, porque las variabilidades del proceso de programación están suficientemente alejados de los límites que definen el “defecto” asegurándonos así estadísticamente que no generaremos ningún “defecto” si nuestro proceso sigue funcionando como ahora. Es decir, los LSL y USL están “6 $\sigma$ ” desde el valor de objetivo, y si el proceso es estable estadísticamente, este proceso generaría “cero” defectos. La Tabla 3 presenta ejemplos de “defectos” y sus “niveles de sigma” correspondientes de algunos procesos. Para que nos hagamos una idea, la prescripción

Tabla 3. La base estadística: la relación entre los niveles de Sigma de procesos y sus niveles de defectuosidad.

Actividad	Niveles aproximados de "defectos" en ppm	"Defectos" en %	Nivel de Sigma del proceso
Incidencias de mortalidad en la aviación civil	0,5 ppm	0,0005	6
Pérdidas de equipajes en los aeropuertos	6.000 ppm	0,6	4
Errores en las nominas del personal de una empresa	8.000 ppm	0,8	3,9
Errores en la prescripción médica	10.000 ppm	1	3,8

Figura 1: Un proceso de programación que cumple "Seis Sigma", como su variabilidad está suficientemente alejado de los límites que definen el "defecto".



médica, por ejemplo, está en el nivel de sigma 3,8, mientras que la aviación tiene una sigma 6. El problema principal de averiguar los niveles de sigma de los procesos sanitarios es que hay pocos datos registrados sistemáticamente para saber realmente dónde está la sanidad.

### ¿Por qué la sanidad tiene oportunidades de mejora?

Como nadie tiene recursos ilimitados, si hay drenaje de recursos en algunas áreas, habrá falta de los mismos en otras y esto afectará la motivación del personal para la mejora. La metodología Seis Sigma tiene su eficacia comprobada para mejorar los costes, a la vez que se mejora la calidad. La Tabla 4 indica ejemplos de hospitales que han mejorado sus eficiencias<sup>6</sup>.

Los beneficios de Seis Sigma se estiman no solo en base a la reducción de ineficiencia, sino también en base al aumento en la satisfacción de los pacientes, aumento en número de usuarios por fidelización, mejora de la calidad, productividad y motivación del personal. Obviamente, los beneficios varían según el tamaño de la organización y el número de proyectos de sigma aplicados. Un ejemplo de un proyecto de Seis Sigma puede ser la reducción de

infecciones en quirófano. Este proyecto mejora la calidad y seguridad para el paciente, reduce los costes de la hospitalización prolongada innecesaria de un mismo paciente y dispone la cama para otro paciente que puede estar en una lista de espera. Con este enfoque mejoramos calidad, coste y plazo, todo en un proyecto<sup>7</sup>.

Aunque haya similitud entre Seis Sigma y el ciclo Deming PDCA, u otros métodos como la calidad total (Total Quality Management), Seis Sigma es diferente porque persigue resultados medibles y cuantificables con rigor metodológico<sup>8,9</sup>. Su éxito está en escoger solo aquellos proyectos de mejora que están alineados a los objetivos estratégicos de la organización. Cada proyecto de mejora para aplicar la metodología Seis Sigma consiste en escoger cuidadosamente aquellos procesos críticos que necesita una mejora urgente. Hay que justificar la inversión de tiempo, esfuerzo y recursos que necesita un proyecto de Seis Sigma a base de los beneficios que se pueden obtener. Obviamente, cuando hablamos de sanidad, no estamos hablando beneficios económicos, sino de mejoras en seguridad, la reducción de errores diagnósticos, mejora en eficacia de tratamiento, rapidez en la entrega del servicio, etc. La metodología Seis Sigma funciona solamente si existe un apoyo total de la alta dirección, diseñada estratégicamente como una metodología para lograr excelencia en la organización. Los directivos que están contentos con el nivel de excelencia actual de sus organizaciones no pueden ni necesitan implantar una metodología tan ambiciosa y poderosa como Seis Sigma, que busca perfección, es decir el nivel de Sigma 6.

Muchos modelos de gestión por proceso, tales como ISO9001, EFQM, modelos autonómicos de acreditación para organizaciones sanitarias, llegan a la organización por la iniciativa del responsable de calidad, o por una necesidad impuesta por el "mercado" para obtener la certificación/acreditación. Aunque estos modelos definen las responsabilidades de la alta dirección, apenas se cumplen, porque solo pocos líderes visionarios las entienden y se implican. La metodología no funcionará en este tipo

## ¿Seis Sigma puede aliviar los problemas de financiación de la Sanidad Española?

Tabla 4: Ejemplos de hospitales con grandes éxitos de hospitales en los Estados Unidos<sup>6</sup>

HOSPITAL	METODOLOGÍA(S)	MEJORA DE EFICIENCIAS REPORTADAS
Thibodaux Regional Medical Center en Louisiana	Proyectos de Seis Sigma	más que \$4 millones en mejora de ingreso y ahorros de costes
Commonwealth Health Corporation in Kentucky	Proyectos de Seis Sigma	más que \$7 millones en ahorros, además las mejoras en calidad y satisfacción del paciente.
Good Samaritan Hospital en Los Angeles	Proyectos de Seis Sigma	Mejora de costes entre \$5.5 y \$6 millones
Rapides Regional Medical Center in Alexandria, Louisiana	Proyectos de Seis Sigma en el servicio de urgencias.	Reducción en tiempos de espera en la sala, pocos pacientes marchan sin ser vistos y aumento de satisfacción. Además, un ahorro anual potencial de \$957,000.
Virtua Health in New Jersey	Proyectos de Seis Sigma durante varios años.	En un proyecto de mejora en la paro cardíaco congestivo, la estancia se redujo de 6 a 4 días, entre otros beneficios.
Valley Baptist Health System in Harlingen, Texas.	Proyectos de Seis Sigma	Se redujo el tiempo ciclo de cirugía aumentando así la capacidad para operar 1100 pacientes al año más, aumentando el ingreso potencial en más que \$1.3 millones al año.
Yale-New Haven Medical Center in Connecticut	Proyectos de Seis Sigma	Consiguió una reducción de 75 % en la infección sanguínea en el servicio de Surgical Intensive Care Unit, con un ahorro estimado de \$1.2 millones al año..
Boston Medical Center U.S.A.	Proyectos de Seis Sigma	Mejora en el tiempo de las pruebas diagnosticas, con un ahorro potencial de más que \$2.2 millones.
University of Pittsburgh Medical Center's cath lab	Un proyecto de Seis Sigma	Aumentó la capacidad disponible en 2.08 pacientes por laboratorio por día laborable, con una mejora potencia de ingresos de \$5.2 millones al año.
Providence Health System, con la oficina principal en Seattle	Seis Sigma y Gestión de Cambio en toda la organización en 4 regiones.	El ahorro total obtenido excede \$40 millones hasta ahora.

de organizaciones, porque la Seis Sigma es un "segundo paso" pensado para las organizaciones que ya tienen la implicación de la alta dirección para la calidad y excelencia.

Seis Sigma no puede ser elegida por el responsable de calidad, por que su implantación transformaría toda la organización. La decisión de su implantación es tan importante que es la alta dirección, si está convencida de los beneficios de la metodología, quien elige Seis Sigma, por su propia iniciativa, como una metodología para gestionar la empresa y lograr los objetivos estratégicos de la empresa. Una vez se decide y se inicia su implantación, habrá que invertir en la formación de todo el personal, no solo en la metodología sino también en las herramientas estadísticas. Los resultados de cada uno de los procesos de toda la organización será medido en niveles de sigma. Toda la prioridad de mejora de la orga-

nización se centrará en los procesos que importan a los pacientes. Este tipo de procesos en la metodología se les llaman "CQT" (Critical-to-Quality), y todos los proyectos de mejora serán escogidos a base de su nivel actual de sigma y la necesidad critica de mejorarlo. Dicho en otras palabras, Seis sigma es la metodología que se implanta porque la dirección de una organización cree en ello, hace inversiones fuertes y quiere amortizar la inversión mediante los beneficios que obtiene con la metodología. No es una metodología creada por profesores universitarios como muchas otras, sino que fue creada y perfeccionada por directivos de grandes empresas como General Electric, Motorola, AlliedSignal etc. Hoy en día la siguen muchas grandes empresas todo el mundo, sobre todo en los EE.UU. y algunos países de Europa. La metodología es buena para conseguir mejoras de calidad y excelencia cuando hay escasez de recursos, como es el caso de la sanidad.

### ¿Puede servir para mejorar la calidad y los costes sanitarios en España?

Seis Sigma no es una metodología para cualquier organización. Seis Sigma usa herramientas avanzadas de estadística. Por lo tanto, para aplicarlo, primero hay que formar todo el personal. El personal tiene que estar muy sensibilizado en conceptos avanzados de la calidad y excelencia. El punto fuerte de esta metodología es la inversión en el personal, por lo que pone a prueba las ganas reales de la dirección en conseguir la excelencia. Sólo las empresas dónde la alta dirección está muy convencida, primero con la necesidad de mejora, y después con la propia metodología Seis Sigma, podrán beneficiarse de ella. Si la alta dirección está muy convencida de la necesidad de mejora, pero no con la metodología Seis Sigma, no hay problema, porque se pueden buscar otros métodos.

Cualquier intento de mejora, para tener resultados sostenidos y alcanzar la mejora continua, necesita los siguientes pasos (Tabla 5):

1. La necesidad de mejora está identificada por la alta dirección y por su propio iniciativa.
2. La alta dirección debe estar altamente interesada en está desesperado en conseguir que su institución sea una de las mejores, y debe tener una estrategia para ello.
3. La alta dirección también debe estar convencida de que no puede lograr sus objetivos de excelencia sin que su personal estuvieran totalmente motivado e implicado.

Si se cumplen estas condiciones, el próximo paso debe ser la implantación de un sistema de gestión de la calidad (tal como ISO9001, un modelo de acreditación de la comunidad autónoma correspondiente, joint commission, etc. Las organizaciones que dan este tercer paso sin dos primeros pasos, tienen grandes dificultades en mantener el sistema y conseguir resultados sostenidos (El fracaso de modelos como ISO9001 se debe a la falta de la implicación de la dirección, entre otros). Si hay la motiva-

Tabla 5: Cada paso de la alta dirección en la dirección adecuado resultará en la Excelencia organizativa correspondiente.

		AVANCES ORGANIZATIVAS				
		PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
AVANCES EN LA IMPLICACIÓN DE LA DIRECCIÓN	PASO 1	Motivación propia de la dirección de la organización para tomar iniciativas de mejora	-----	-----	-----	-----
	PASO 2	Estrategia para aumentar la implicación del personal	Sistema para la motivación del personal (medición, análisis y mejora de la motivación)	-----	-----	-----
	PASO 3	Establecer los objetivos de la calidad.	Reconocimiento por la dirección.	Aplicación de gestión por proceso con sus indicadores para medir, analizar y mejorar	-----	-----
	PASO 4	Elegir herramientas tales como FMEA* y metodologías tales como Seis Sigma, para la mejora y formar el personal.	Elegir procesos crónicamente problemáticos (muchas quejas de los pacientes, lista de espera larga, costes alto etc.)	Establecer objetivos de mejora sobre los indicadores relacionados.	Elegir proyectos de prioridad y mejorar la calidad, tiempos y costes, aplicando seis sigma u otros métodos elegidos por la organización.	-----
	PASO 5	Establecer prioridades para mejora.	Incentivos para la mejora.	Certificación o acreditación del sistema	Eliminación del departamento de la calidad y establecimiento de TQM (Total Quality Management).	Conseguir la excelencia (Nivel de Sigma 6 en procesos críticos, conseguir 500 puntos en EFQM)
		-----	-----	Evaluaciones de EFQM	Evaluaciones de EFQM	Evaluaciones de EFQM

ción de la dirección y del personal, cualquier sistema de la calidad funcionará muy bien. Realmente no importa el modelo que escoja una organización, las cosas empezarán a cambiar en la dirección adecuada. Finalmente, se puede dar el último paso de implantar una metodología como Seis Sigma, por que podríamos decir que existen los fundamentos básicos para lograr los resultados deseados.

## Conclusiones

---

En la sanidad española las organizaciones hablan de “falta de recursos”. Sin embargo, este problema no puede ser analizado sin tener en cuenta con qué eficiencia se gestiona una organización, ya que una organización ineficiente “malgastará” y drenará sus recursos pronto. Se puede hablar de “falta de recursos”, solo después de asegurar que los procesos eficaces también están siendo eficientes. Los procesos ineficientes, una vez mejorados, pueden liberar recursos dentro de la organización para mejorar la eficacia de otros procesos que necesitan recursos. La metodología Seis Sigma ha sido experimentada en muchos hospitales con éxito, aunque también hay otros métodos válidos. La clave del éxito está en el compromiso y estrategia de la dirección para lograr la excelencia organizativa, creando y sosteniendo procesos eficaces, con un gasto mínimo de recursos técnicamente posibles, y a la vez manteniendo al personal sanitario totalmente motivado.

## Referencias

---

- <sup>1</sup>. Sneider, J. Hospitals going 'lean' to become more efficient. *The Busin J. Milwaukee*. June 4, 2004.
- <sup>2</sup>. Summers, J., and Nowicki, M. Managing organizational improvement in a resource-challenged environment. *Healthc Financ Manage* 56(7):60-62, July 2002.
- <sup>3</sup>. Plowman, R., Graves, N., Griffin, M., Roberts, J.A., Swan, A.V., Cookson, B., Taylor, L. The socio-economic burden of hospital acquired infection, Executive Summary, Public Health Laboratory Service. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationPolicyAndGuidance/DH\\_4089724](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationPolicyAndGuidance/DH_4089724)
- <sup>4</sup>. Davis, K, Otwell, R., and Barber, J. Managing costs through clinical quality improvement. *Healthc Financ Manage* 58(4):76-84, Apr. 2004.
- <sup>5</sup>. Worthington, A. Frontier efficiency measurement in health care: a review of empirical techniques and selected applications. *Med Care Res Rev.* 61(2):135-170, June 2004.
- <sup>6</sup>. Carolyn Pexton, "Addressing Six Sigma Concerns From The Skeptics", and "Measuring Six Sigma Results in the Healthcare Industry" <http://www.isixsigma.com/library/content/c031014a.asp>
- <sup>7</sup>. Dlugacz, Y. Six Sigma adds new dimension to quality management processes. *J Healthc Qual.* 26(5):2, Sept./Oct. 2004.
- <sup>8</sup>. Revere, L. Integrating Six Sigma with total quality management: a case example for measuring medication errors. *J Healthc Manag.* 48(6):377-392, Nov./Dec. 2003.
- <sup>9</sup>. Buck, C. Application of Six Sigma to reduce medical errors. *Quality Congress. ASQ Annual Quality Proceedings.* :239-242, 2001.

# La formación como elemento de mejora de la calidad en las organizaciones sanitarias

---

Ricardo Ruiz de Adana Pérez  
*Jefe de Estudios de la Agencia Lain Entralgo*

## Introducción

---

El papel de la medicina y el concepto de salud no son principios inamovibles, sino que están sujetos a los cambios culturales de una sociedad dinámica en continua renovación. Actualmente responder a las expectativas y necesidades de salud individual y colectiva es el principal objetivo de los servicios sanitarios. Desde esta perspectiva la formación de los profesionales sanitarios tiene como principal misión, la de capacitar en las competencias que se requieren para atender las necesidades de salud y promover la mejora continua de calidad en la atención sanitaria. Las figuras 1 y 2 sintetizan el cambio de escenario que está surgiendo del cambio de enfoque, centrado clásicamente en la enfermedad, en la tecnología y en el conocimiento, por un enfoque actual centrado en la competencia profesional. Competencia que pueda satisfacer las expectativas y necesidades de los ciudadanos y que permita ofertar unos servicios sanitarios de calidad.

En este contexto la atención a la salud de la comunidad requiere personas cualificadas que desarrollen correctamente su labor. Los conocimientos, las habilidades, las actitudes y los valores de los profesionales son la base de los Sistemas Sanitarios y la mejor formación es condición imprescindible para alcanzar la excelencia de los servicios sanitarios que se ofrecen a los ciudadanos.

La formación de los profesionales sanitarios se enfrenta a una serie de desafíos en las distintas eta-

Figura 1.- Modelo de gestión de la formación médica enfocado al fenómeno salud enfermedad y producción de actividades formativas resultará en la Excelencia organizativa correspondiente.

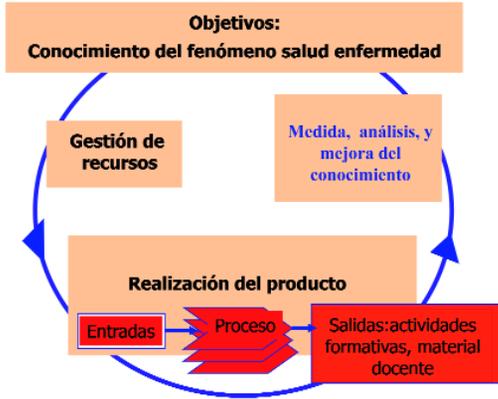


Figura 2.- Modelo de gestión de la formación sanitaria enfocado al ciudadano



pas relacionadas con los distintos momentos evaluativos que se producen a lo largo de sus carreras: formación de grado, postgrado y formación continua-desarrollo profesional continuo. Estos desafíos nos lleva a considerar la formación del profesional sanitario como un *continuum*.

Aunque el concepto del *continuum* de la educación médica ha estado clásicamente ligado con la necesidad del aprendizaje ininterrumpido a lo largo la vida del medico. En la actualidad, además de hacerse extensivo al resto de profesionales sanitarios, se relaciona mas directamente con la necesidad de diseñar estrategias para enlazar eficazmente la formación con la práctica profesional. Este nuevo

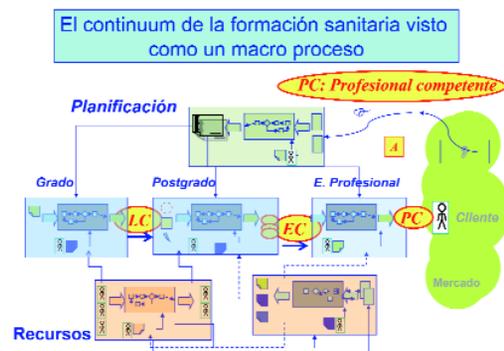
enfoque nos hace considerar la formación de los profesionales sanitarios como un proceso permanente y continuo, para impulsar y fomentar la eficacia, efectividad y eficiencia de nuestras organizaciones. Supone aplicar un método para desplegar y evaluar de forma integral la formación sanitaria en sus tres fases (grado, postgrado y formación continuada-desarrollo profesional continuo), tomadas como un macroproceso único, sin fisuras, que conduzca directamente al producto, el profesional competente, que tenga un impacto positivo en las necesidades de salud de la población. En la Figura 3 se muestra el macroproceso de la formación de la formación médica.

### Paradigmas actuales en la calidad de la formación sanitaria

Aunque en este artículo se analizan específicamente las claves de la calidad de la formación médica y en especial de la formación continuada, las mismas son aplicables a otras profesiones sanitarias y a las fases de grado y postgrado del proceso formativo.

La convergencia de los principios de la calidad de la formación sanitaria en todo el mundo se está promoviendo gracias a una mejora de la comunicación entre universidades/instituciones educativas, instituciones reguladoras, sociedades científicas, colegios profesionales y asociaciones médicas. Estas también han estado influenciadas por la mayor

Figura 3.- Macroproceso de la formación del médico



movilidad de los profesionales y la internacionalización creciente de la medicina, con el soporte de acuerdos que permiten el intercambio internacional de profesionales sanitarios entre diferentes partes del mundo. Sirvan como ejemplo los Estándares Globales en Educación Médica para una mejor Atención Sanitaria de la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME). La WFME, desde 1984, ha desarrollado un “Programa de Colaboración Internacional para la Reorientación de la Educación Médica”. Las piedras angulares de este proceso fueron la Declaración de Edimburgo, 1988, que fue adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud, WHA Resolución 42.38, 1989, y las Recomendaciones de la Cumbre Mundial en Educación Médica, 1993, recogidas en la Resolución 48.8 de la WHA, Reorientación de la Educación Médica y de la Práctica Médica para la Salud para todos, 1995.

Para promocionar aún más el cambio y la innovación en educación médica, la WFME decidió extender la aplicación de su política educativa a nivel institucional como está descrito en el Documento de posicionamiento de la WFME (1998). Inicialmente se trataron los estándares de la Educación Médica Básica (pregrado) en las Facultades. La iniciativa se continuó con la Educación Médica de postgrado y posteriormente se extendió a los estándares de la Formación Continuada y al Desarrollo Profesional Continuo (DPC) de los médicos.

Estos nuevos enfoques, que en la formación de grado, postgrado y en la formación continuada se están produciendo, conducen a la configuración de un nuevo escenario de la formación caracterizado por:

### **La universalidad o globalidad del enfoque**

Asistimos a una redefinición internacional del perfil del profesional en sus distintos niveles: Se están definiendo los requerimientos mínimos que ha de reunir el nuevo médico; se enuncian los valores que deben adornar al nuevo profesional (base del “profesionalismo”); se definen y evalúan las necesidades exigibles a un especialista; e incluso, se orde-

nan los requisitos merecedores de una eventual recertificación del profesional.

### **La calidad total como filosofía de gestión de las organizaciones docentes**

La Calidad Total, como filosofía de gestión de las organizaciones de nuestro entorno, constituye una referencia adecuada y que resulta del máximo interés para las instituciones planificadoras y proveedoras de formación.

Tabla 1.- Principios de la calidad total

#### **PRINCIPIOS DE LA CALIDAD TOTAL**

- Orientación a resultados y cliente.
- Liderazgo.
- Participación de todas las personas.
- Aplicación de la mejora continua a todas las actividades de la organización.
- Gestión por procesos
- Trabajo en equipo.

Las organizaciones docentes actuales se encuentran en un entorno competitivo donde los sistemas de gestión de la calidad deben orientarse hacia modelos que respondan a los conceptos de excelencia vigentes. Ello está conduciendo a una evolución del modelo de gestión clásico, centrado en las características intrínsecas de la actividad docente, hacia un modelo orientado a las necesidades y expectativas del cliente/usuario donde el centro docente debe asumir compromisos y estándares sobre la formación y sus resultados.

La gestión y mejora de procesos se sitúa como uno de los pilares sobre los cuales se asienta la gestión de la calidad total; en los dos modelos de gestión definidos tanto por la ISO como por el modelo de excelencia EFQM, el enfoque basado en procesos es un principio básico para la obtención de resultados eficientes y satisfactorios para el cliente y todos los grupos de inte-

rés. “La gestión por procesos permite a las organizaciones actuar de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones en vigor y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos los grupos de interés”.

### Cambio de objetivos: de los conocimientos a la competencia

Al igual que en las etapas de grado y postgrado, las necesidades del nuevo contexto exigen definir el producto de la formación continuada, un profesional competente (Figura 2), que pueda responder a las necesidades y expectativas de salud de la población. En consecuencia se está produciendo un cambio de objetivos de la FC, pasando de objetivos centrados en la adquisición de conocimientos y habilidades, a objetivos de formación de profesionales en el amplio conjunto de la competencia profesional, entendida ésta como “El grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión en todas las situaciones que se puedan confrontar en el ejercicio de la práctica profesional”. Kane (1992) (Tabla 2).

### Cambio del modelo educativo: de la enseñanza al aprendizaje

Con el cambio de modelo educativo se pretende crear un entorno de aprendizaje continuo que capa-

Tabla 2.- Competencias globales del médico

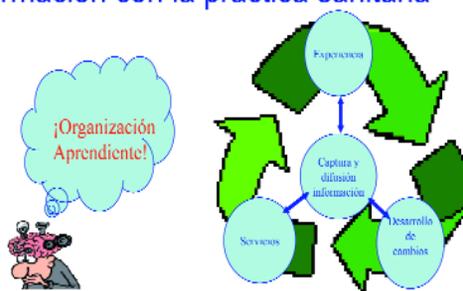
### Competencias globales del médico

- Bases científicas de la medicina.
- Desempeño clínico.
- Salud Pública.
- Valores, actitudes, ética y profesionalismo.
- Comunicación y manejo de la información.
- Gestión sanitaria y marco jurídico de la práctica médica.
- Investigación y docencia.
- Aprendizaje autodirigido.

cite a los profesionales para seguir aprendiendo a lo largo de toda la vida, “**aprender a aprender**”, y que les permita permanecer receptivos a los cambios conceptuales, científicos y tecnológicos que vayan apareciendo durante su actividad laboral (Figura 3).

Figura 3.- Aprender a aprender

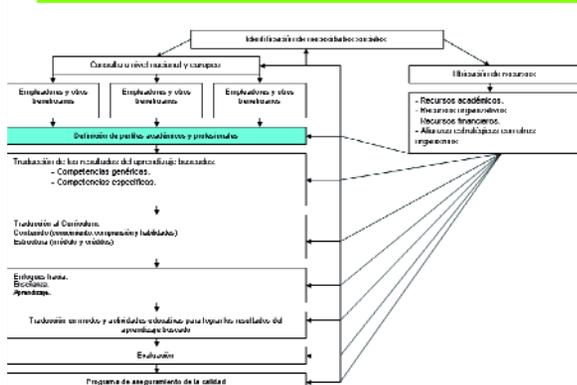
### Necesidad de enlazar eficazmente la formación con la práctica sanitaria



Se fomenta pasar de un modelo basado en la acumulación de conocimientos a otro fundamentado en una actitud permanente y activa de aprendizaje. En este contexto, las teorías sobre educación de adultos en general asumen que las personas mayores confían en sus experiencias como fuente importante de motivación para aprender y que, por otra parte, se estimulan más para aprender por un problema que por un tema (“enseñanza basada en problemas”). Se

Proceso de definición de competencias

### Proceso de Concreción de Competencias para una Titulación (Proyecto Tuning, 2000)



enfatisa, además, el concepto de aprendizaje autodirigido, que destaca que el que aprende no sólo debe ser el foco del proceso, sino el conductor de su proceso educativo, planteando una enseñanza centrada en el discente. En los principios de la educación de adultos, la experiencia previa es la mejor fuente educativa y el aprendizaje que se puede poner en práctica inmediatamente es el más valorado.

**Nuevo enfoque de la evaluación: de la evaluación de la reacción del alumno a la evaluación de la competencia**

Si el objetivo de un nuevo modelo de formación es la competencia profesional, lo importante sería evaluar si tal competencia ha sido adquirida por los profesionales; de lo que se trataría, por tanto, sería de evaluar en qué medida las grandes metas de la formación en competencia son alcanzadas (Figura 4).

En la Tabla 3 se presentan distintas metodologías evaluativas según el área de competencia.

Tabla 3.- Metodologías evaluativas según área de competencia

Metodologías evaluativas según área de competencia	
1 Buena practica medica:	- plan personal de trabajo - informes de los audits de registros clínicos - Contribución a guías de practica clinica - revision entre iguales - incidentes criticos
2 Mantenimiento de la buena practica medica	- Certificados de FMC de asistencia a cursos, seminarios - Resúmenes del aprendizaje adquirido en los cursos - Notas de reflexión sobre casos
3 Relacion con los pacientes	- Valoración / Satisfacción de los pacientes - Videos de las consultas - Reclamaciones de los pacientes
4 Trabajo en equipo	- Feedback entre iguales - Feedback de enfermería - Informe de 360º
5 Docencia	- Registro de clases y sesiones docentes - Feedback de los discentes - Valoración formal de las habilidades docentes
6 Probidad:	- Declaración de intereses
7 Salud del propio profesional:	- Notas de posibles problemas

Adaptado de Davis, Khera y Stroobum. Portfolios, appraisal, revalidation, and all that: a user's guide for consultants. Arch. Dis. Child. 2005;90:165-170

Figura 4.- El continuum educativo y los niveles de evaluación

**Continuum Educativo (niveles de evaluación)**

- Definición de competencias
- Métodos objetivos de evaluación



**La calidad de la formación continuada en las organizaciones sanitarias**

Centrándonos en la tercera etapa del continuum formativo, la formación continuada (FC), que tiene lugar en las organizaciones proveedoras de servicios sanitarios, ésta ha venido siendo la herramienta que

el médico ha utilizado ancestralmente para mantener al día sus conocimientos. El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en el año 1973 la definía como: "Aquella formación que un médico sigue después de finalizar su instrucción médica básica o, en su caso, después de terminar cualquier estudio adicional para ejercer la carrera de médico general o de especialista". En nuestro ámbito, la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, subraya además que no esté enfocada a obtener un nuevo título, especialidad o diplomatura.

Los continuos avances en el campo de la medicina hacen que, la FC constituya una herramienta fundamental para el profesional sanitario, siendo un elemento primordial para el desarrollo profesional, además de una garantía para los usuarios del sistema sanitario, y por tanto debe considerarse un compromiso y una obligación del profesional y de las Administraciones Sanitarias.

Sin embargo, a pesar de su importancia, la organización de la FC y su evaluación ha estado escasamente regulada. Es un sistema muy abierto en el que además del propio profesional, participan sociedades científicas, colegios profesionales, la administración sanitaria, universidad, sindicatos, la industria farmacéutica, y diversas entidades privadas. Además, las modalidades de actividades formativas son también muy variadas, tienden a clasificarse en tres cate-

gorías: a) Actividades formales ya sea presenciales u *on-line* (cursos, seminarios, jornadas, congresos, conferencias, videoconferencias) b) Actividades de formación en el puesto de trabajo (autoaprendizaje en la práctica, estancias en otros centros, interconsultas docentes, y sesiones con compañeros, etc., y c) Autoformación mediante material educativo (libros, revistas, CD Rom, o materiales de la Web). Circunstancias que posibilitan que cualquier agente, público o privado, pueda convertirse en proveedor de formación y organizar actividades formativas.

Este marco ha conducido en las últimas décadas a una proliferación extensa de actividades formativas no suficientemente evaluadas ni valoradas en su contribución a la labor formativa. De ahí la necesidad de establecer un enfoque de la FC acorde a los objetivos estratégicos de las instituciones y que también responda a las necesidades de los profesionales, así como un sistema de acreditación y evaluación que vele por la calidad de la formación y reconozca el esfuerzo del profesional.

### **La acreditación de actividades formativas como estrategia de mejora de la calidad de la FC**

En España la creación de un modelo de acreditación de actividades de FC comienza a generalizarse en 1997 con la constitución de la Comisión de Formación Continuada (CFC) del Sistema Nacional de Salud. La puesta en marcha de esta Comisión, que comenzó a acreditar actividades de FC en 1998, supuso la unificación de criterios sobre la valoración de estas actividades y la utilización del mismo instrumento de evaluación para todas las comisiones autonómicas de FC.

El sistema de acreditación de la FC establece garantías acerca de la existencia de unos mínimos requerimientos formales en el planteamiento de cualquier actividad de FC (justificación de la actividad, objetivos docentes explícitos, metodología docente adecuada a los objetivos propuestos considerando la evidencia disponible, pertinencia de la actividad respecto al perfil del profesional al que se dirige, metodo-

logía de evaluación, duración en horas lectivas, número de alumnos, recursos disponibles, entre otros).

Sin duda, el modelo de acreditación de las actividades de FC durante estos años se ha mostrado útil entre otras razones para: a) Mejorar el diseño de la oferta formativa. b) Ofrecer un mecanismo de valoración de las actividades formativas que sirva de guía u orientación a los distintos agentes del sistema sanitario para seleccionar la oferta, la demanda y los usos de la FC y sus productos, de acuerdo con sus preferencias y necesidades educativas, y c) Atestiguar la participación en las actividades de FC. Estos aspectos demuestran la importancia de continuar impulsando el sistema de acreditación de actividades de FC.

### **De la acreditación de actividades formativas a la acreditación de los centros proveedores de formación continuada**

Aun cuando la acreditación de las actividades de FC supone un importante avance en la garantía de calidad de la FC, considerando la singularidad de la FC como tarea y su elevado cometido social, lo cierto es que sin una mejora de los centros proveedores de FC y de sus prácticas de gestión será difícil adaptarse a los nuevos tiempos, y así poder seguir contribuyendo eficazmente desde la FC al progreso profesional y de nuestras instituciones sanitarias.

La progresiva configuración de las sociedades modernas como sociedades del conocimiento y del saber está incrementando las expectativas con respecto al papel de la FC, lo que se traduce en demandas generalizadas de mejora del rendimiento de las instituciones proveedoras de FC. Paralelamente, esa aceleración de los procesos de cambio que es característica de las sociedades avanzadas ha repercutido en el mundo sanitario haciendo más complejas sus funciones y más difícil la consecución de las metas que le son propias.

La visión que en esta nueva circunstancia se requiere de las instituciones proveedoras de FC ha de impulsar un significado integral o global de la



La experiencia acumulada en estos últimos años proporciona suficiente fundamento a la creencia de que estamos en el buen camino, que la acreditación de actividades formativas es una orientación adecuada, pero no suficiente, razón por la que debemos continuar hacia la acreditación de instituciones proveedoras de FC para avanzar hacia esa meta incuestionable que consiste en conseguir una FC de calidad para todos los profesionales sanitarios.

### **De la formación continuada al desarrollo profesional continuo y a la carrera profesional**

En España, a lo largo del *continuum* formativo de los médicos, la evaluación del tercer periodo formativo, durante el ejercicio profesional, no ha estado operativo, como tampoco han estado operativos los niveles de reconocimiento, esto es, la re-colegiación (en nuestro país podría considerarse sinónimo de licencia) y el mantenimiento de la certificación, conocida habitualmente como re-certificación de una determinada especialidad.

Sin embargo, la necesidad del mantenimiento y mejora de la competencia profesional y su reconocimiento, entre otras razones, está generando que la clásica idea de FC esté siendo sustituida por la más amplia y novedosa de Desarrollo Profesional Continuo Individual (DPCi). Este concepto incorpora la práctica totalidad del marco conceptual de la clásica FC, pero ampliándolo con la incorporación de nuevos componentes. El DPCi es el proceso de avance progresivo del médico desde el estadio inicial de principiante profesional hacia los estadios de profesional experto o de maestría profesional. Los objetivos fundamentales del DPCi son: a) Mantener y mejorar la competencia profesional individual, b) Garantizar la calidad de la actuación profesional, c) Reconocer el esfuerzo individual en el mantenimiento de la competencia, y d) reconocer las capacidades de adaptación a los cambios y a las necesidades. Para el médico el DPCi ha de basarse en el desarrollo de facetas asistenciales, docentes, de investigación, de gestión y la necesaria FC.

El arsenal de instrumentos de evaluación del DPCi: evaluación de la competencia, formación continuada reglada, asistencia, docencia, investigación, gestión, portafolio, etc, es numeroso, pero aún no se dispone de las suficientes evidencias sobre su validez y fiabilidad. Actualmente no existe ningún instrumento que, per se, sea capaz evaluar el DPCi, sólo la combinación de varios elementos lo podría conseguir, aspecto que hace muy compleja la evaluación y afecta directamente a la factibilidad de la misma.

A nivel internacional son diversas las experiencias sobre DPCi y recertificación que se vienen desarrollando en EEUU, Canadá, Australia, Reino Unido, etc. La propia WFME ha hecho públicos recientemente los estándares globales del DPC. En ellos se insiste en la necesidad de que tras la formación básica y especializada, el profesional siga en un continuo proceso de renovación que ha de afectar no sólo a sus conocimientos sino también a sus habilidades y a sus actitudes básicas.

En el caso de España, aunque la Ley General de Sanidad encomienda de forma expresa a los Servicios Sanitarios la implantación de las actuaciones necesarias para la formación continuada de su personal, su desarrollo no se ha comenzado a producir hasta recientemente. En la actualidad asistimos a un cambio importante en la regulación de la FC (Tabla 4). La publicación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), regula en su capítulo IV la formación continuada, sus principios generales, Comisión de FC, Acreditación de la FC y el Desarrollo Profesional y su reconocimiento, definiéndolo como “el reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que presta sus servicios”, contemplando explícitamente la posibilidad de que a través de las actividades de FC se pueda acceder a unas nuevas titulaciones no consideradas anteriormente: los

diplomas de acreditación y de acreditación avanzada. Este capítulo no se ha desarrollado por ahora pero todo hace prever que en un futuro no muy lejano lo será y clarificará los papeles respectivos de las distintas organizaciones implicadas en la FC y el modelo de evaluación de la re-certificación. Por otra parte, algunas sociedades científicas y colegios profesionales están avanzando notablemente en la definición de competencias y diseñando un portafolio ligado al DPCi.

Tabla 4.- El continuum de la formación y su reconocimiento futuro

### Niveles de formación y tipo de reconocimiento futuro

MCC Universidad	Comisión Nacional de Especialidades (MSC y MeC)	MeC Universidad	AMBITO LABORAL Empleadores Estatuto Marco	AMBITO PROFESIONAL MSC y MeC LOPS
Grado	Especialidad	Master Doctorado	Carrera Profesional	DPC Formación Continua
Grado	Postgrado		Ejercicio profesional Créditos CFC desde 1998	
Licenciatura Diplomatura	Título de especialista (Certificación)	Doctor Título master	Niveles de carrera	Diplomas de acreditación? Recertificación?

MSC- Ministerio de Sanidad y Consumo; MeC- Ministerio de Educación y Ciencia; LOPS- Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; DPC-Desarrollo Profesional Continuo

Con este mismo enfoque, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, contempla de forma explícita el carácter de derecho y deber de la FC para el personal estatutario, regulándose con cierto detalle las condiciones y límites de los permisos por formación y su reconocimiento a través de la Carrera Profesional (CP). Esta Ley viene experimentando un desarrollo muy activo, a medida que los gobiernos de las distintas Comunidades Autónomas aprueban los decretos-reglamentos correspondientes para desplegar su propia CP.

Llegados a este punto, al encontrarse estrechamente relacionados DPCi y CP desde una perspectiva cronológica y compartir algunos aspectos técnicos, se pueden mezclar o confundir sus conceptos y objetivos, La mezcla y confusión conceptual entre DPCi y CP se plasma en el propio articulado de la

LOPS. Ésta, en su título tercero, desarrolla los principios generales comunes y homologables del “desarrollo profesional y su reconocimiento”, pero cuando se analiza su contenido se observa que incluye principalmente elementos más propios de a CP que del DPCi. En este marco legal poco clarificador, conviene introducir una diferenciación entre lo que supone el DPCi y la CP (Tabla 5). Mientras que aquel se centra en el desarrollo profesional y competencial, la CP lo hace en el laboral y salarial. Por otro lado, si el primero viene relacionado estrechamente con las iniciativas de autorregulación (o corregulación) de las organizaciones profesionales, la segunda lo hace con las organizaciones sindicales y con los agentes empleadores. De manera resumida la CP es el resultado de la valoración de diferentes elementos del DPCi en relación con el contexto laboral del profesional sanitario.

Tabla 5.- Diferencias entre Carrera Profesional y Desarrollo Profesional Continuo

### Diferencias esenciales entre desarrollo profesional continuo y carrera profesional

	Desarrollo profesional continuo	Carrera profesional
Progresión	Profesional/competencial	Laboral
Organizaciones implicadas	Colegios de médicos Sociedades científicas	Sindicatos Empleadores
Regulación	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)	Ley Estatuto Marco

## Conclusiones

La capacidad técnica y el conocimiento de los profesionales sanitarios es un elemento indiscutible para alcanzar estándares de calidad de las organizaciones sanitarias.

En una medicina sometida a constantes cambios, la formación constituye una herramienta fundamental para el profesional sanitario, siendo un

elemento primordial para el desarrollo profesional, además de una garantía para los usuarios del sistema sanitario, y debe ser un compromiso y una obligación de las Administraciones Sanitarias.

En el continuum de la educación médica se pueden distinguir tres niveles diferentes de evaluación: al finalizar la formación de grado, al finalizar la formación postgraduada con propósitos de certificación de la especialidad y durante el ejercicio profesional con propósitos de promover el DPC y la carrera profesional.

Estos tres niveles deben ser considerados como subprocesos de un macroproceso único, sin fisuras, que conduzca directamente a un producto, el profesional competente, que tenga un impacto positivo en las necesidades de salud de la población. La tabla 6 sintetiza la evolución previsible del enfoque de la gestión de la formación.

Tabla 6.- Evolución previsible del enfoque en la gestión de la calidad de la formación

### Pasado, presente y futuro de gestión de la formación

Orientación	Calidad de la actividad formativa	Calidad de la actividad formativa	Clientes-usuarios
Técnica	Control de calidad	Aseguramiento de la calidad	Gestión calidad total
Cultura	Evaluación Post facto	Acreditación actividad	Acreditación instituciones
Paradigma	Conocimiento FC Corrección	Conocimiento Habilidades FC acreditada Prevención	Competencias Procesos DPC Recertificación Mejora continua
Escenario	Ayer	Hoy	1 futuro

FC: Formación Continuada. DPC: Desarrollo Profesional Continuo

Es necesario, por tanto, dirigir acciones a definir las competencias y los modelos de evaluación para estos tres niveles, que serán necesariamente diferentes y complementarios, no sólo en cuanto a contenidos, sino también en cuanto a métodos a utilizar.

### Bibliografía

1. Blay C. Cómo evaluar el desarrollo profesional continuo. Jano. 2006; 1626: 36-42.
2. Davis D, Barnes BE, Fox R. The continuing professional development of physicians. From research to practice. Chicago: AMA Press; 2003
3. Federación Mundial para la Educación Médica (WFME). Desarrollo profesional continuo de los médicos. Estándares globales de la WFME para la mejora de calidad. Educación Médica 2004;7(Supl.2):S39-S52.
4. Irvine D. Acreditación individual: Recertificación, revalidación, relicencia. En: Oriol-Bosch A, Pardell H, directores. La profesión médica: Los retos del milenio. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004. 99-112
5. Ley de Ordenación de las Profesion Sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre. BOE 280 de 22 de noviembre de 2003. 41442-58
6. Ley del estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Ley 55/2003 de 16 de diciembre. BOE 301 de 17 de diciembre de 2003. 44742-63
7. Martín A. Desarrollo profesional continuo y carrera profesional en el sistema sanitario español. Jano. 2006; 1626: 66-71.
8. Nolla M, Fornells J. Cómo evaluar el desarrollo profesional continuo. Portafolio. Jano. 2006; 1626: 44-8.
9. Pardell H, Oriol A, Gual A. Desarrollo profesional continuo, revalidación y regulación profesional. Jano. 2006; 1626: 76-80.
10. Pardell H, Pallares L, Segura H. De la formación médica continuada al desarrollo profesional continuo. Jano. 2006; 1626: 30-3
11. Pardell H, Ramos A, Aliaga J, Cabero L, Contreras E, Gual A y cols. Utilización de los créditos de formación médica continuada para la recertificación-relicencia profesional. Descripción de la primera experiencia española de recertificación-relicencia colegial voluntaria. Educación Médica. 2003; 6: 127-33
12. Pardell H. ¿Es oportuno introducir la recertificación de los médicos en España?. Med Clin (Barc). 2005; 124: 344-7
13. Pardell H. La acreditación de la formación médica continuada y la mejora de la calidad. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20: 171-7
14. Rowe A, García-Barbero M. Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
15. World Health Assembly. Reorientation of Medical Education and Medical Practice for Health for All. WHA Resolution 48.8. WHO, Geneva, 1995.

# La Unión Europea y la Salud. La movilidad de los pacientes en Europa

---

Isabel de la Mata

*Consejera de Sanidad y Consumo. Representación Permanente de  
España ante la Unión Europea. Bruselas.*

La salud no fue una de las preocupaciones iniciales de la Comunidad Económica Europea (CEE). El Tratado Europeo de 1957 no contemplaba ninguna provisión en salud pública. Se podía recurrir, si había un problema en este campo, a la llamada cláusula de flexibilidad: "Cuando se necesita una acción comunitaria para alcanzar uno de los objetivos de la CEE, especialmente en el marco del Mercado común, si el Tratado no proporciona el poder de acción requerido en este campo, el Consejo adoptará las medidas necesarias, adoptando por unanimidad la propuesta de la Comisión tras haber consultado al Parlamento Europeo". Es decir, una cláusula genérica que servía para cualquier tema. Y era lógico, porque la preocupación fundamental era tener un mercado interno potente: se trataba de una comunidad económica, no social o política.

Posteriormente emergió la cuestión del impacto económico de la salud, sobre todo por temas relacionados con la seguridad alimentaria (encefalopatía esponjiforme), medicamentos (libre circulación), servicios sanitarios (reglamento de seguridad social y, posteriormente, Tribunal de Justicia y sentencias sobre movilidad de pacientes), por nombrar sólo algunos. Y esto, entre otros motivos, condujo a una consideración del aspecto salud en los nuevos Tratados.

El Tratado de Maastricht, en 1993, supone la inclusión de un artículo, el 129, específico sobre salud pública, dando a la Comunidad competencias en este tema, no demasiado invasivas con respecto a las competencias nacionales y con el objetivo de coordinar y apoyar las políticas nacionales.

---

Correspondencia  
Isabel de la Mata  
Bd du Régent, 52. 1000 Bruselas  
✉: maria-isabel.delamata@reper,ae.es

---

Ese mismo año, se adopta el Marco para la acción en el campo de la salud pública y se ponen en marcha ocho programas de acción, verticales: promoción de la salud, monitorización de la salud, sida y otras enfermedades transmisibles, cáncer, enfermedades raras, accidentes y lesiones, enfermedades relacionadas con la contaminación y drogodependencia. Estos programas serían los precursores del Programa de Acción Comunitaria en el campo de la salud pública, adoptado en 2002 y que el 1 de enero de 2008 será sustituido por el Programa de Acción Comunitaria en el campo de la salud 2008-2013.

El Tratado de Ámsterdam reemplazó el artículo 129 con el artículo 152, actualmente vigente. Esta nueva provisión dio a la Comunidad una competencia adicional para complementar la acción de los Estados Miembros. Pero es una competencia subsidiaria, que complementa las competencias nacionales y que protege la soberanía de los Estados Miembros. Expresamente excluye cualquier armonización de las legislaciones nacionales en las medidas destinadas a proteger y mejorar la salud humana. Estas medidas de armonización, sí se prevén en otros campos, tales como la calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como la sangre y sus derivados. Y en esos campos, por tanto, se ha desarrollado legislación comunitaria (sangre, células y tejidos) y hay alguna otra en preparación (donación y trasplante de órganos).

El artículo 152 también especifica que la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las responsabilidades de los Estados Miembros en materia de organización y provisión de servicios sanitarios y asistencia médica. A pesar de ello, hay otros artículos del Tratado (43, 49) que legislan sobre el mercado interno y en ellos se están basando la Comisión Europea y el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas a la hora de entrar a modificar -al entender de algunos, por una puerta falsa- la organización y provisión de los servicios sanitarios en los países de la Unión Europea (UE) (oficinas de farmacia, planificación de PET, movilidad de pacientes).



## La salud no fue una de las preocupaciones iniciales de la Comunidad Económica Europea (CEE).



Las fallidas Convención sobre el futuro de Europa y Constitución Europea contemplaban modificaciones en el tratamiento de la salud. La salud se introducía en el Capítulo V, denominado "Áreas en las que la Unión puede tener acción de coordinación, complementaria o de apoyo". Pero no merece la pena entrar a señalar las modificaciones precisas que aportaban, ya que ninguna de ellas fue adoptada.

En el Tratado de Funcionamiento de la UE, aprobado en Lisboa el 19 de octubre de 2007 y que entrará en vigor el 1 de enero de 2009, hay un nuevo artículo que trata de salud, aumentando las competencias de la UE.

Una de las primeras diferencias que vamos a encontrar, a lo largo de todo el Tratado, es que el término Comunidad Europea se sustituye por Unión Europea y comunitario se sustituye por "de la Unión". Esto, que parece baladí, soluciona muchos de los problemas de funcionamiento, que atribuían uno u otro término a cosas diferentes (si era competencia comunitaria o no, si era primer pilar u otros) y que muchas veces daba lugar a largas discusiones filosóficas y hacía difícil entender la situación de los 27 Estados Miembros cuando se trataba de negociar en Organismos Internacionales o hacer entender a terceros países la sutilidad de la situación entonces comunitaria (incluso hubo que desarrollar un término específico cara a la OMS para definirnos: organización de integración económica regional, cuando se discutía el Reglamento Sanitario Internacional).

Los asuntos comunes de seguridad en materia de salud pública, en los aspectos definidos en el Tratado, figuran en la categoría de competencias compartidas entre la Unión y los Estados Miembros.

Además, la Unión dispondrá de competencia para llevar a cabo acciones con el fin de apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros. Uno de los ámbitos de estas acciones será la protección y mejora de la salud humana.

El antiguo artículo 152 del Tratado de Ámsterdam queda modificado en varios apartados. Lo primero es que extiende el ámbito de la acción de protección tanto a la salud física como mental, cuando antes sólo se hablaba de salud humana. Además de cubrir la lucha contra las enfermedades más graves y la información y educación sanitarias, añade la monitorización, la alerta precoz y la lucha contra las grandes amenazas sanitarias transfronterizas. Cuando ya se hablaba de la cooperación entre



**No estamos aún preparados para una legislación europea sobre espacios libres de humo o sobre consumo de alcohol. Pero al menos estos temas se mencionan entre los determinantes específicos de la salud.**



Estados Miembros, el nuevo texto añade que, esta cooperación debe darse, en particular, para mejorar la complementariedad de sus servicios sanitarios en las regiones transfronterizas. La coordinación entre Estados Miembros y la Comisión se realizará, fundamentalmente, mediante guías e indicadores, intercambios de buenas prácticas y monitorizaciones periódicas. Expresamente se dice que el Parlamento Europeo será informado.

Muy importante es la introducción de un nuevo apartado que permite establecer medidas de alta calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios. Es decir, leyes de armonización en estos temas. Esto supone, por primera vez, que los medica-

mentos y productos sanitarios, que hasta ahora tenían que acogerse a las disposiciones del mercado interior (artículo 95) para justificar la adopción de normativa comunitaria al respecto, van a poder hacerlo en base a un artículo sobre salud. Esto no es un simple cambio de sitio de la base legal, que antes teníamos que acogernos a un artículo y a partir de ahora a otro, sino que es un cambio de mentalidad, igual que el supuso el que los temas de medicamentos pasasen a discutirse en el Consejo de Salud (Ministros de Salud) en lugar de en el Consejo de Competitividad (Ministros de Industria). Quizá éste sea el primer paso para conseguir que medicamentos y productos sanitarios sean competencia de la Dirección General de Salud y Consumidores de la Comisión Europea -al igual que en, prácticamente todos los Estados Miembros, es competencia del Ministerio de Sanidad- y no de la Dirección General de Empresa e Industria, dentro de una Dirección denominada de Bienes de Consumo, que, al mismo tiempo que ellos -medicamentos y productos sanitarios- incluye la industria del automóvil.

También está previsto que se puedan adoptar medidas para proteger y mejorar la salud humana, para luchar contra las pandemias y para proteger la salud en lo que se refiere al tabaco y al consumo excesivo de alcohol. Aquí, sin embargo, específicamente se señala que se excluye la armonización legislativa. Las competencias no se expanden, sino que solamente se definen claramente. No estamos aún preparados para una legislación europea sobre espacios libres de humo o sobre consumo de alcohol. Pero al menos estos temas se mencionan entre los determinantes específicos de la salud.

Se sigue indicando que la acción de la Unión respetará las responsabilidades de los Estados Miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. Y se especifica que estas responsabilidades de los Estados Miembros incluyen la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios. Por lo que parece, total libertad para decidir

qué sistema sanitario se quiere y cómo se organiza. Pero ya veremos que no es así en la práctica.

Por tanto, el contexto sanitario de la Unión Europea supone que existe actualmente numerosa regulación sanitaria europea y que continuará desarrollándose para adaptarse a las reglas del mercado, sea utilizando una base jurídica sanitaria, sea utilizando la del mercado interior.

Al mismo tiempo, las fronteras desaparecen, no sólo fronteras físicas para las enfermedades (que, además, en este caso no son sólo las fronteras internas europeas, sino las internacionales, lo que obliga a pensar y resolver los problemas a nivel global en la terminología actualmente utilizada, o mundial si queremos ser más clásicos), sino las fronteras políticas. Los ciudadanos europeos empiezan a no entender diferencias en derechos, protección o mercado y empiezan a exigir ser tratados de la misma manera allí donde se encuentren. Existe la libre circulación de bienes, servicios, capital y personas y, por tanto, de medicamentos, servicios sanitarios, capital, profesionales sanitarios y pacientes.

Hay que recordar que la Unión Europea gasta el 8 por ciento del PIB en salud -y es una cifra creciente- y que los empleos en el ámbito sanitario suponen el 10 por ciento de la fuerza laboral europea. Es decir, la salud -pero, hasta ahora, la mala salud- es un factor importante, es un gasto importante, al que no se le ha prestado, quizá, la atención debida.

Vamos a centrarnos ahora un poco más en el tema de la movilidad de pacientes en la UE. Cuando este tema sale a la luz pública, siempre aparece ligado el tema dinero: costes de los turistas, costes recuperados o no, peticiones de reembolso, etc. Y es cierto que hablamos de las dos cosas, de pacientes y de dinero. Como siempre, ¿quién sigue a quién? Pero hablamos de las dos cosas, que no se olvide, de quién paga, pero también de quién asegura el seguimiento posterior del paciente, quién proporciona sus datos clínicos anteriores, quién se hace responsable si algo sale mal, etc.

Todo empezó con las Sentencias del Tribunal de Justicia de la Unión Europea en 1998 sobre los casos Kohll y Decker. Dos pacientes luxemburgueses que decidieron comprar unas gafas e ir al ortodoncista fuera de sus fronteras nacionales y que cuando volvieron a su casa pidieron el reembolso de los gastos a su entidad de seguridad social nacional, siéndoles denegado. El Tribunal de Justicia les dio la razón. Estas sentencias fueron una sorpresa, porque nadie se había planteado el libre mercado en los servicios sanitarios y la movilidad en la atención sanitaria estaba bien regulada en los Reglamentos de Seguridad Social. Sin embargo, parecía que los jueces no tenían la misma impresión. La primera gran conferencia de discusión del tema tuvo lugar en



**Los ciudadanos europeos empiezan a no entender diferencias en derechos, protección o mercado, y empiezan a exigir ser tratados de la misma manera allí donde se encuentren.**



Gante en 2001, y le siguieron un Consejo Informal de Ministros en Málaga -durante la presidencia española de la UE- y una reunión de expertos en Menoría, en 2002.

En junio de 2002 se aprobaron unas Conclusiones del Consejo sobre Movilidad de pacientes. Establecían que los Estados Miembros comparten principios comunes de solidaridad, equidad y universalidad, que la movilidad debe facilitarse en unos términos concretos, teniendo en cuenta las necesidades sanitarias y los intereses de los pacientes, y que deberían promoverse acuerdos bilaterales o regionales y tener en cuenta las necesidades de turistas y residentes de larga duración y la posibilidad de establecer centros de referencia. Por último, señalaban que debería establecerse un pro-

ceso de reflexión de alto nivel y que este proceso debería ser político y ser los Ministros quienes decidiesen sobre la organización de la atención sanitaria, y no los jueces.

El Proceso de Reflexión a Alto Nivel sobre movilidad de pacientes y desarrollos de la atención sanitaria se inició en 2002, a nivel ministerial. Este proceso tuvo 4 conclusiones: que debería haber más cooperación para usar mejor los recursos sanitarios; que se debería compartir información sobre la atención sanitaria; que debería mejorarse la accesibilidad y calidad; y que deberían reconciliarse las políticas nacionales con las obligaciones europeas y, previo a ello y como requisito indispensable, debería mejorarse la certeza legal.

En abril de 2004 la Comisión aprueba la Comunicación sobre Seguimiento del Proceso de reflexión de alto nivel. Y posteriormente se crea, en Julio de 2004, el Grupo de Alto Nivel sobre servicios sanitarios y atención médica, donde se tratan temas como la movilidad de profesionales sanitarios, la atención sanitaria transfronteriza, los centros de referencia, la información sanitaria, la evaluación de tecnologías sanitarias, la seguridad de los pacientes, y la evaluación del impacto en la salud. La Comisión efectúa una amplia consulta pública sobre el tema en octubre de 2006. En el intermedio, la Comisión presentó una propuesta de Directiva sobre servicios, de la cual, por amplio consenso entre el Consejo y el Parlamento Europeo, se excluyeron los servicios sanitarios. Los Estados Miembros hicieron saber -no sin dificultades, por cierto, y no sólo ante la Comisión Europea- que cuando dijeron en 2002 que querían decidir y regular ellos sobre los servicios sanitarios en lugar de los jueces, no se referían a una regulación general en la que cualquier tipo de servicios fuera situado en el mismo plano y que los servicios sanitarios son servicios especiales que merecen una regulación especial. Actualmente estamos esperando una propuesta directiva sobre los servicios sanitarios, que la Comisión ha prometido para el 5 de diciembre de este año y a la que se le augura un largo recorrido en su tramitación.

En estos momentos, la movilidad de pacientes “reglada” dentro de la UE se basa en la Coordinación de la Seguridad Social y los Reglamentos que la regulan: 1408/71, 564/72 y 883/2004. Básicamente, en lo que nos interesa, hablamos de la atención médicamente necesaria durante una estancia temporal en otro Estado Miembro (conocido como E111, tomando el nombre del formulario de derecho como nombre de la prestación y actualmente con la tarjeta de seguro sanitario europea como documento de derecho) y autorización previa de un tratamiento en otro Estado Miembro, por razones sanitarias u otras (E112; las otras se refiere a que el proce-



**La Unión Europea gasta el 8% del PIB en salud –y es una cifra creciente– y los empleos en el ámbito sanitario suponen el 10% de la fuerza laboral europea. Es decir, la salud –pero, hasta ahora, la mala salud– es un factor importante, es un gasto importante, al que no se le ha prestado, quizá, la atención debida.**



dimiento más autorizado es el parto, cuando el desplazamiento se produce no por una causa médica, sino para que la mujer se encuentre con su familia en el momento del parto, en lugar de en el país en el que normalmente reside). La Comisión Administrativa de la Seguridad Social para los Trabajadores Migrantes (CASSTM) se ha encargado, desde 1971, de seguir todas las incidencias de estos reglamentos.

El tratamiento en otro Estado de la UE, según estos Reglamentos, se producía con las Reglas de tratamiento del Estado Miembro de destino, con las tarifas de reembolso del país de destino, pero

con el catálogo de prestaciones del país de origen. Y este sistema sólo es válido para las personas cubiertas por un sistema obligatorio de seguridad social. Es decir, que no se contempla que la persona tenga derecho a la atención sanitaria por cualquier mecanismo que sea, si no está afiliada a la seguridad social. No olvidemos que es un sistema establecido en origen para los trabajadores y es una coordinación entre sistemas de seguridad social, no entre sistemas sanitarios. Y, básicamente, cubre la atención sanitaria médicamente necesaria durante una estancia en el territorio de otro Estado Miembro, teniendo en cuenta la naturaleza de los beneficios y la duración esperada de la estancia y para evitar que la persona asegurada tenga que tornar a su país, permitiéndole continuar su estancia -del tipo que sea: turismo, negocios, estudios tránsito- en condiciones seguras. En el caso de la autorización previa, está claro, el sistema de origen decide cuándo autoriza -o no- el desplazamiento, si considera que no hay motivo y que la persona puede ser atendida perfectamente en su país de origen.

Pero la nueva Directiva que nos va a proponer la Comisión, el nuevo sistema que se va a aplicar, derivado de las sentencias del Tribunal de Justicia y que ya ha dado origen a varias llamadas de atención -inicio de procedimientos de infracción- a los Estados Miembros, introduce varios cambios: ya no va a ser el sistema de reembolso del país de destino, sino el del país de origen; no se va a necesitar autorización previa en casos de atención no hospitalaria, desarrollándose una libre movilidad en la UE, a decisión del paciente; pero el paciente va a deber adelantar el coste del tratamiento siempre, que le deberá ser reembolsado sin discusión después.

Es decir, que vamos a tener dos sistemas de movilidad de pacientes: el del Reglamento de Seguridad Social y el de la Directiva de servicios sanitarios, con normas diferentes de acceso y reembolso, ministerios diferentes que se ocupen de su seguimiento y, una vez más, pacientes de diferentes categorías.

¿Quién se mueve en la UE para obtener atención sanitaria? Tenemos los turistas o los residentes ocasionales en otro Estado Miembro, que se ponen enfermos durante su estancia, o que siendo enfermos crónicos necesitan un seguimiento. Hay turistas sanitarios, que se van específicamente a otro país a obtener la asistencia por diferentes motivos: más barata (asistencia dental), mejor, más confidencial (reproducción humana asistida), o combinada con unas vacaciones. Cada vez es más frecuente, sobre todo en los países que accedieron a la UE en 2004, que tienen buenos servicios sanitarios a precios más asequibles cuando los servicios no son reembolsados por el sistema sanitario público. Tenemos los denominados falsos turis-



**Vamos a tener dos sistemas de movilidad de pacientes: el del Reglamento de Seguridad Social y el de la Directiva de servicios sanitarios, con normas diferentes de acceso y reembolso, ministerios diferentes que se ocupen de su seguimiento y, una vez más, pacientes de diferentes categorías.**



tas o residentes de larga duración, que, funcionando como turistas a efectos de asistencia sanitaria, en realidad viven casi once meses al año en países más cálidos y con mejor calidad de vida. Los jubilados que viven en otro país, en ocasiones pertenecen a la misma categoría que los anteriores, pero difieren en su status de "aseguramiento legal". Y tenemos, por último, las 2 categorías de coordinación europea más real y necesaria: las regiones fronterizas y la atención especializada en otro país por no disponer de ella en el país de origen por cuestiones de economía de escala (centros de referencia), listas de espera o simple falta de tecnología, o -en el futuro- el deseo del paciente de ser tratado en otro sitio.

A los dilemas europeos sobre competencias del Tratado, en el caso español se añade el malentendido de que la protección social es diferente a la seguridad social y que el derecho a la atención sanitaria no está ligado a la afiliación a la seguridad social. El sistema nacional de salud español tiene, además, una red de centros propios -o concertados- en la que se produce la asistencia, y unas normas de organización en las que la circulación del pacientes por el sistema está bastante reglada.

Tanto el vigente artículo 152 del Tratado, como el nuevo artículo del Tratado de Funcionamiento de la UE señalan que la organización de los sistemas sanitarios es una competencia de los Estados



**La autorización previa es un obstáculo para la libre circulación. Por tanto, sistemas como el nuestro, con derivación reglada desde el médico de familia y en cada paso del sistema, serían un obstáculo a la libre circulación y contra el Tratado.**

atención (pacientes ingresados o no) y el tipo de cobertura (reembolso o beneficios en especie).

Así visto, la autorización previa es un obstáculo para la libre circulación. Por tanto, sistemas como el nuestro, con derivación reglada desde el médico de familia y en cada paso del sistema, serían un obstáculo a la libre circulación y contra el Tratado.

Sin embargo, el Tribunal deja cierta opción: las barreras pueden estar justificadas, en particular, para asegurar la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios, para planificar y mantener un servicio médico y hospitalario balanceado y accesible a todos. Pero es él -o la Comisión Europea- quien decidirá sobre esta justificación. También especifica que es justificable no autorizar un desplazamiento si existe el mismo tratamiento o uno igualmente efectivo sin retraso indebido en un establecimiento propio. Pero el retraso indebido debe tener en cuenta la condición médica real del paciente, incluido el grado de dolor y la naturaleza de la incapacidad, y la historia médica. En resumen, es cuestión de los Estados Miembros decidir cómo se organizan y financian, pero las barreras deben ser objetivas y no discriminatorias, necesarias (por ejemplo, por motivos de salud pública) y proporcionadas.



Miembros, pero la Comisión Europea y el Tribunal de Justicia están interfiriendo en la organización vía la regulación o las sentencias sobre la libre movilidad.

Para el Tribunal de Justicia, la seguridad social y la atención sanitaria son competencia de los Estados Miembros, pero eso no quiere decir que no haya que respetar la ley comunitaria sobre principios superiores, y éstos se basan en la libre circulación. Y los servicios sanitarios son servicios, tal como los define el Tratado, ya que se proporcionan contra remuneración, sea ésta directamente pagada por el paciente o no. Por tanto, la libre circulación de bienes y servicios se aplica a la atención sanitaria, independientemente del tipo de

En cuanto a la atención no hospitalaria (y la Comisión Europea prevé considerar no hospitalario todo aquello que no incluya una estancia de una noche en un hospital), el Tribunal considera que no se justifica la autorización previa, porque no se espera un aumento espectacular de la movilidad transfronteriza y que, en cualquier caso, esto no va a suponer carga económica sustancial para los Estados Miembros. Esta afirmación parece temeraria, teniendo en cuenta que cada vez más prestaciones sanitarias tendrían la consideración de no hospitalarias a los ojos del Tribunal, porque se intenta evitar el internamiento. Pero el seguimiento debe ser cuidadoso y de alta calidad y los costes son importantes.

Podemos concluir que los Estados Miembros, hasta ahora, han regulado el mercado para que se



Hasta ahora, el paquete de prestaciones sanitarias es básicamente similar en todos los Estados Miembros, pero la forma de organización, elección, referencia, copago, etc., es fundamentalmente diferente. Esto cambiará.

La armonización llegará, vía el mercado interno. Todo puede circular libremente dentro de las fronteras de la UE. La atención sanitaria también.



adecue a las necesidades de sus servicios sanitarios. Pero la Comisión Europea -y el Tribunal de Justicia de

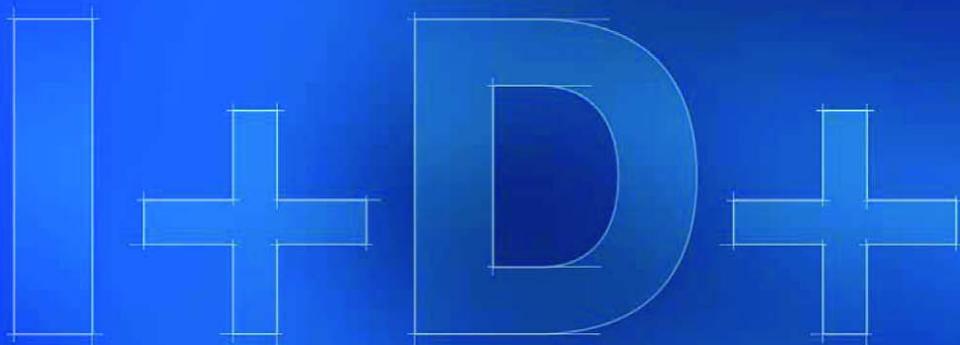
las Comunidades Europeas- está regulando los servicios sanitarios para que se adecuen a las necesidades del mercado. Por tanto, tenemos un conflicto entre derechos individuales y colectivos.

Desde Kohll y Decker ha habido varias otras sentencias, sobre pacientes cuyos nombres no se han hecho tan famosos, salvo tal vez el de la Sra. Watts, porque es la primera vez que el Tribunal decide sobre un país con sistema nacional de salud y beneficios en especie.

Hasta ahora, el paquete de prestaciones sanitarias es básicamente similar en todos los Estados Miembros, pero la forma de organización, elección, referencia, copago, etc., es fundamentalmente diferente. Esto cambiará. La armonización llegará, vía el mercado interno. Todo puede circular libremente dentro de las fronteras de la UE. La atención sanitaria también.



INNOVACIÓN,  
EN TODOS LOS SENTIDOS



inversión  
sensibilidad, calidad  
responsabilidad  
capacidad  
garantía  
tecnología  
ilusión  
vida  
vocación  
ética  
calidad  
eficacia  
inversión  
motivación  
vida, tecnología  
vocación  
integración, sociedad  
ética  
vida  
anticipación  
motivación  
sensibilidad

# Tendencias en el uso y adopción de tecnologías en la empresa española

---

Andrea Ramírez

*Asistente de Investigación ebcenter PwC&IESE*

La Anderson School of Management de UCLA, por medio del ebcenter PwC&IESE, lleva a cabo el proyecto BIT (Business and Information Technologies) en España<sup>1</sup>.

El proyecto se creó con el objetivo de analizar los cambios que las empresas y sectores industriales de todo el mundo han experimentado en los últimos años con la introducción de las nuevas tecnologías, así como prever su evolución.

Su metodología está basada en una encuesta que se realiza de forma bianual y que se enfoca en temas como: la adopción de tecnologías, la interacción con el cliente y la comunicación con los socios comerciales, la organización interna y la globalización.

La encuesta está dirigida a organizaciones que: tengan su propio director de sistemas de información y que controlen su propia tecnología y política de información, indiferentemente de su tamaño o del sector al que pertenezcan.

## **El proyecto BIT 2007 en España**

---

Esta es la segunda vez que España participa en este proyecto. La primera vez fue en 2005, año en que tomaron parte del estudio 95 empresas. Este año hemos obtenido 254 encuestas validas. De las que 23 pertenecen al sector sanitario.

Las empresas participantes se clasificaron en dos grupos según su número de empleados: Pymes y grandes empresas. A efectos de esta investigación, todas las empresas que tuviesen 600 empleados o menos fueron consideradas Pymes y las empresas con más de 600 empleados, grandes empresas.

## Tendencias en el uso y adopción de tecnologías

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han pasado a formar parte del día a día en las empresas. En este sentido, parece lógico que, tanto los directivos como los directores de sistemas de información, se pregunten cómo cambiará el panorama del uso de las TIC en la empresa española, durante los próximos tres años.

Para dar respuesta a esta pregunta y basándose en las respuestas obtenidas en la encuesta BIT, este artículo se centrará en tres tendencias: la adopción de soluciones tecnológicas, las aplicaciones para comunicarse con los socios comerciales y la externalización de funciones relacionadas con Tecnologías de la Información.

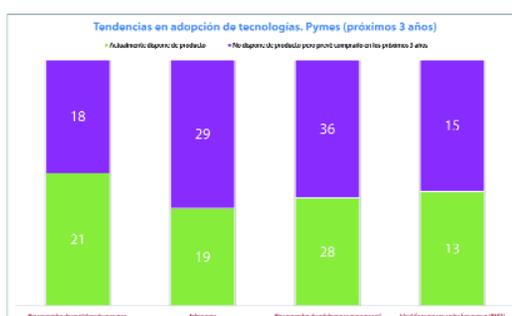
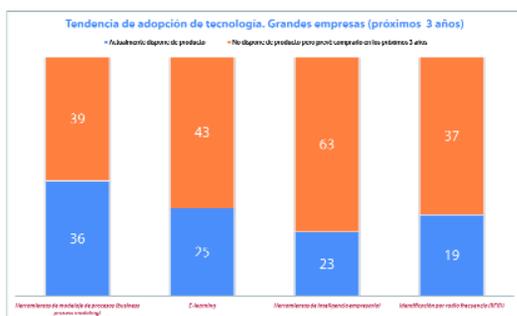
Tomar la decisión de invertir en TIC nunca es fácil y menos aún si se trata de soluciones tecnológicas más específicas. Sin embargo, hay un porcentaje considerable de empresas que optarán por la inversión en tecnologías que mejoren significativamente la efi-

modelaje de procesos sea tan sólo del 18 por ciento, el 21 por ciento asegura que planea adquirirlas.

Por otra parte, la creciente necesidad de los directivos de contar con un acceso rápido e inteligente a la información hace que las herramientas de inteligencia empresarial sean cada vez más demandadas. Las grandes empresas parten con ventaja sobre las Pymes, ya que un 63 por ciento aseguran que ya utilizan estas herramientas y además que en los próximos años dicho porcentaje ascenderá hasta el 86 por ciento. En el caso de las Pymes, el porcentaje que dice ahora mismo que las utiliza es del 36 por ciento, pero si las previsiones se cumplen, dentro de tres años un 64 por ciento de pymes contaría con estas herramientas, acercándose así un poco más a los niveles de las grandes empresas.

El aprendizaje a distancia o *e-learning* es un instrumento que bien utilizado puede producir grandes beneficios para las empresas. Su introducción como herramienta de formación para los empleados es también uno de los objetivos de las empresas

### Adopción de soluciones tecnológicas

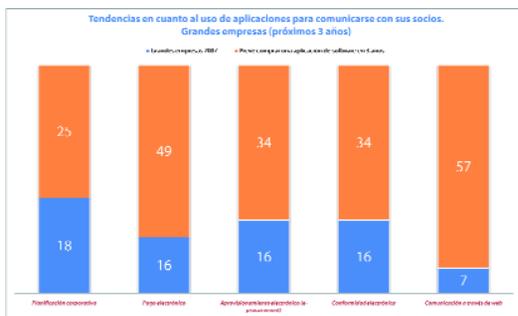


ciencia de los procesos de negocios. En este sentido, se prevé un auge en la adopción de herramientas de modelaje de procesos. El 39 por ciento de las grandes empresas ya cuentan con ellas y un 36 por ciento más dice que las adquirirá. Las Pymes también se suman a esta tendencia y aunque actualmente el porcentaje de empresas que han adoptado herramientas para el

para el futuro, especialmente entre las grandes empresas. Actualmente, el 43 por ciento de éstas utilizan ya esta solución tecnológica, mientras que un 25 por ciento adicional dice que está dentro de sus planes adoptarla. En el caso de las Pymes, el despegue del *e-learning* aún se hará esperar porque, de momento, sólo el 19 por ciento disponen de él y un

<sup>1</sup> Los directores del proyecto BIT en España son los profesores Sandra Sieber y Josep Valor, de Sistemas de Información de IESE Business School.

## Aplicaciones para comunicarse con los socios comerciales

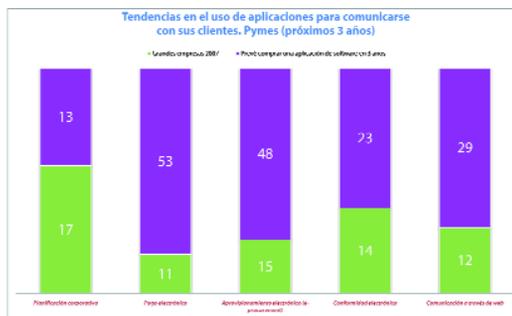


29 por ciento más dicen que prevén disponer de esta herramienta.

Además, cabe destacar otras tendencias, entre ellas la apuesta que harán las grandes empresas por los dispositivos de identificación por radio frecuencia (RFID). Se prevé que el porcentaje de grandes empresas que las utilizan alcance el 56 por ciento. Esto se debe a que este tipo de sistemas de almacenamiento y recuperación de datos facilitan entre otras cosas los procesos logísticos y de inventarios, introduciendo considerables mejoras en materia de identificación. Sin embargo, a pesar de todas las ventajas que ofrecen estos dispositivos, el porcentaje de Pymes que los utiliza es solo del 15 por ciento y solamente un 13 por ciento más dice que lo hará.

Por otra parte, soluciones tecnológicas como la mensajería instantánea en las grandes empresas y las de gestión de contenidos en las Pymes, que no se muestran en el gráfico para favorecer la comparación entre los dos grupos de empresas, presentan también tendencias al auge. En las grandes empresas el porcentaje de las que cuentan con herramientas de mensajería instantánea alcanzará el 62 por ciento. Y en cuanto a las herramientas para la gestión de contenido, el porcentaje de Pymes que dice que contará con ellas será del 60 por ciento.

Los resultados del estudio BIT revelan que, en la actualidad, las aplicaciones favoritas de las grandes para comunicarse con sus socios comerciales, son las aplicaciones de intercambio de datos electrónicos



(EDI) y para la gestión de provisión y suministros que ya son utilizados por un 68 y un 59 por ciento, respectivamente. El 53 por ciento de las Pymes, por su parte, hacen uso los sistemas de pagos electrónicos.

Con respecto al resto de aplicaciones, tal y como se observa en las figuras 3 y 4, el 51 por ciento de las grandes empresas utiliza la comunicación a través de la web, convirtiéndose así en una de las soluciones preferidas por las grandes empresas, y aunque el aumento del 7 por ciento, que se espera pueda considerarse pequeño, esto puede explicarse por el alto porcentaje (57 por ciento) de empresas que ya la están utilizando. Este no es el caso de las Pymes donde solo el 29 por ciento utiliza aplicaciones para comunicarse a través de la web y sólo un 12 por ciento más manifiesta que planea adquirirla.

Al mismo tiempo, las empresas muestran cierto interés en las aplicaciones de planificación colaborativa. El 18 por ciento de las grandes empresas y el 17 por ciento de las Pymes dice que las implementarán. Sin embargo, este interés es de cara al futuro porque los que actualmente la utilizan solamente son el 25 por ciento de las grandes empresas y 13 por ciento de las Pymes.

Finalmente, los sistemas de pago electrónico, la conformidad electrónica y el aprovisionamiento electrónico experimentarán incrementos considerables dentro de los próximos tres años. Si las previsiones se cumplen, el porcentaje de grandes empresas que utilizaran los pagos electrónicos pasará del 49 al 65 por ciento y en las Pymes del 53 al 64 por ciento.

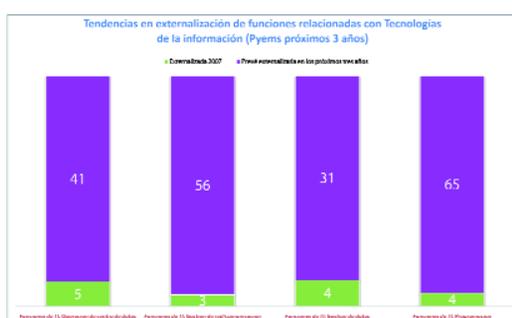
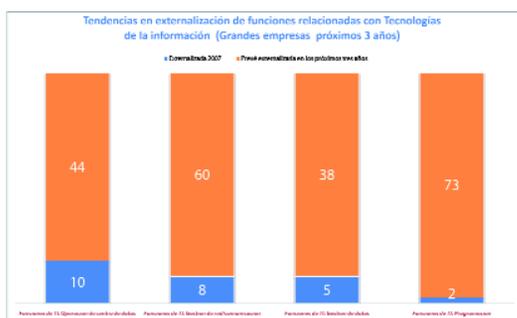
Además, el aumento porcentual del uso de aprovisionamiento electrónico es también notable. Se prevé que dentro de tres años el 50 por ciento de las grandes empresas y el 63 por ciento de las Pymes lo utilicen. Sin embargo, aunque el porcentaje de grandes empresas que tienen previsto utilizar la conformidad electrónica alcanzará el 50 por ciento, en las Pymes este porcentaje llegará tan solo al 37 por ciento.

El replanteamiento de los modos de hacer internos de la empresa no es un fenómeno reciente. Casi todas las grandes empresas externalizan en cierta medida funciones que implican el uso intensivo de Tecnologías de la Información. Este es el caso de la programación (73 por ciento) y de la gestión de redes de comunicación (60 por ciento). Aunque se

raciones de su centro de datos y un 5 por ciento dice que hará lo mismo con la gestión de sus datos.

Un panorama no muy diferente ofrecen las Pymes, donde el porcentaje de empresas que externalizan la programación y la gestión de redes de comunicación, es un poco menor que en las grandes empresas (el 65 y el 56 por ciento, respectivamente). Aunque se prevé un aumento en los próximos años, éste no será suficiente como para alcanzar los niveles de las grandes empresas. Así mismo, el porcentaje de Pymes que eligen externalizar funciones como la operación de los centros de datos y la gestión de los mismos no es muy grande, tan sólo alcanza un 41 y un 31 por ciento, respectivamente. El porcentaje de Pymes que prevé hacerlo es bastante pequeño, por lo que no se esperan

### Externalización de funciones relacionadas con Tecnologías de la Información



espera que dichos porcentajes sigan aumentando (en un 2 por ciento adicional en la programación y un 8 por ciento en la gestión de redes de comunicación), no se apreciarán demasiados cambios en los próximos años. Esto puede deberse al alto porcentaje de grandes empresas en las cuales la externalización de estas funciones ya es una práctica habitual.

Con respecto al resto de funciones relacionadas con Tecnologías de la Información, tan sólo el 44 por ciento de las grandes empresas externalizan en este momento las operaciones de su centro de datos y el 38 por ciento la gestión de sus datos. Sin embargo, el 10 por ciento de los encuestados afirma que planea externalizar las ope-

grandes cambios al respecto. Debe tenerse en cuenta que la decisión de externalizar o no, depende de los beneficios en costes y eficiencia que les reporte.

A manera de conclusión, podemos decir que la empresa española puede mirar con optimismo hacia el futuro. Aunque las grandes empresas continúen estando por delante de las Pymes, la brecha entre ellas se irá acortando poco a poco. Para futuras investigaciones, quedan pendientes las comparaciones a nivel mundial de los resultados de la encuesta BIT. Dichas comparaciones serán útiles para saber cuál es la situación de España en materia de uso y adopción de Tecnologías de la Información.

# El futuro digital de Extremadura: un modelo para Europa

Juan Pablo Alejo González<sup>1</sup>;  
Francisco L. Cáceres Ruiz<sup>2</sup>; Hellmer Rahms<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Subdirector de Sistemas de Información  
del Servicio Extremeño de Salud,

<sup>2</sup>Responsable de Área de Sistemas de Información Sanitaria de la  
Subdirección de Sistemas de Información del SES.

<sup>3</sup>Director General Ventas IITS EMEA para GE Healthcare.

Correspondencia  
Francisco Cáceres  
Responsable de Área de Sistemas de Información  
Sanitaria  
Avda. América 2, 06.800 Mérida  
924 38 26 13  
✉: francisco.caceres@ses.juntaex.es

*El proyecto Zurbarán es la respuesta a la iniciativa tomada por el Servicio Extremeño de Salud (SES) de proporcionar e implantar un sistema de información radiológica para todos los hospitales públicos de Extremadura. El proyecto Zurbarán contribuye fundamentalmente a la mejora cualitativa de la sanidad del servicio público de Extremadura.*

De los catorce hospitales con los que cuenta Extremadura, doce ya trabajan con los nuevos sistemas de Información Radiológica (RIS) y de Archivo y Comunicación de Imágenes (PACS): los hospitales de Zafra, Llerena, Don Benito-Villanueva, Coria, Mérida, Plasencia, Navalmoral, Infanta Cristina, Perpetuo Socorro y Materno Infantil en Badajoz y los recién inaugurados hospitales de Almendralejo y Tarrubias. También ya son 2 los Centros de Especialidades concertados al Sistema en el Área Sanitaria de Don Benito-Villanueva. Las previsiones apuntan a que antes del final de este año estén dentro del proyecto los 14 hospitales de Extremadura, incluyendo los dos de Cáceres: San Pedro de Alcántara y Nuestra Señora Virgen de la Montaña. Un gran logro para una de las regiones que está alcanzando mayor nivel de desarrollo en nuestro país y que la convierte en un modelo para toda Europa.

El proyecto ha provocado el cambio de un sistema tradicional de trabajo de imagen en película radiográfica a imagen digital y sistemas electrónicos de información. La principal ventaja de la implantación de esta tecnología es que trasciende los límites de un hospital al resto de los centros de Extremadura, permitiendo a los profesionales sanitarios de toda la comunidad autónoma acceder a las historias clínicas y todas las pruebas de los pacientes. En este sentido, desde cualquier punto de la red del SES se puede ya acceder a la historia radiológica del paciente, ofreciendo la posibilidad a los clínicos de comparar los estudios previos con los actuales a la hora de dar un diagnóstico tanto de urgencias como de consulta programada.

Un ejemplo: Un accidente de tráfico en Llerena con un accidente con traumatismo craneoencefálico. Se le hace un TAC en el Hospital de Llerena y el Neurólogo de Badajoz ve el estudio después de pocos segundos de haber sido realizado. De esta manera, puede tomar la decisión de que sea evacuado en helicóptero para operarlo o no, ahorrando así tiempo del proceso de tratamiento para el paciente y pudiendo salvar de esta manera su vida.



### Fase de implementación

El principal objetivo que se marcó en un primer momento la Dirección-Gerencia del Servicio Extremeño de Salud (SES) fue el de replantear los sistemas de información del servicio extremeño de salud. En este sentido, el SES adquirió a finales del año 2002 un sistema de información radiológica RIS/PACS cuyo propósito principal fue no sólo digitalizar todos los servicios de Radiología de la comunidad, sino también intentar dar respuesta a las necesidades futuras dentro del propio servicio de Radiología.

La interoperabilidad e integración de los servicios internos de Radiología era uno de los requisitos que se definieron de acuerdo con los estándares establecidos, como el DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) y HL7 (Health Level 7). Al mismo tiempo se pretendía integrar sistemas externos, como por ejemplo, el Sistema de Información del Hospital, Hospital Information Systems (HIS), o la tarjeta sanitaria electrónica. En este marco, la capacidad de GE Healthcare para adoptar los estándares de DICOM e IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) fue uno de los criterios por los cuales la compañía fue seleccionada para llevar a cabo el proyecto.

“Tenemos muchos años de experiencia en Sistemas de Información Radiológica (RIS) y Sistemas de Archivo y Comunicación de Imágenes

(PACS)”, dice Hellmer Rahms, director general Ventas IITS EMEA para GE Healthcare. “Centricity RIS/PACS es una tecnología modular y por lo tanto adaptable a cualquier escenario con capacidad para conectar áreas muy amplias. Por ejemplo, en Reino Unido se han instalado Centricity PACS en más de 70 hospitales como parte del Programa Nacional de IT (Npfit). Otra ventaja es que no tiene apenas limitación en crecimiento, ampliando su capacidad a medida que surjan nuevas necesidades y se vayan incorporando nuevas tecnologías”.

### Ventajas y retos

El proyecto Zurbarán ha requerido, por su magnitud, la participación de muchos profesionales, desde radiólogos, técnicos y personal de enfermería hasta administrativos, que se han encargado de adaptar en los diferentes centros sanitarios de la región la tecnología adquirida al propósito general de cualquier sistema de información sanitaria: recogida, elaboración, análisis y transmisión de la información necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios radiológicos de forma efectiva y eficiente.

El arranque de las nuevas herramientas ha supuesto un reto para los profesionales implicados en

su puesta en marcha, quienes, además de haber hecho un esfuerzo por adaptarse al cambio, han sido conscientes desde el principio de la necesidad de la implementación de las nuevas tecnologías en el proceso asistencial, lo que redundará en la mejora de la calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

### **Estadísticas**

---

Los extremeños se están beneficiando de este sistema, pionero en toda Europa. Desde el año 2003 se han realizado más de 600.000 estudios radiológicos digitales. Las posibilidades del proyecto son infinitas, y han hecho que Extremadura se convierta en referente para otras comunidades autónomas españolas. Este proyecto es uno de los marcos de referencia en el ámbito de la radiología digital, ya que actualmente el 86 por ciento de los exámenes se informan antes de 12 horas, cuando antes de la instalación del PACS este porcentaje era del 3 por ciento. El tiempo empleado en la realización de los estudios se reduce sustancialmente, produciendo una mejora cualitativa y cuantitativa en la atención al paciente. Además, la información generada puede ser reutilizada o comparada con estudios anteriores. Un radiólogo tiene a su disposición para informar un estudio 3 segundos después de finalizado.

“Actualmente tenemos en producción, y funcionando, 12 hospitales de la comunidad, con 450 usuarios RIS/PACS y alrededor de 560 clínicos, y una producción de imágenes en lo que llevamos de año 2007 de 7 millones de imágenes, 250.000 estudios y unos 7 Terabytes de información almacenados”, afirma Juan P. Alejo González, subdirector de Sistemas de Información del Servicio Extremeño de Salud.

### **Procedimiento de trabajo**

---

El flujo de imágenes es continuo. Todas y cada una de ellas se almacenan en un sistema de Corto Plazo (STS), respaldado por un Sistema de Largo Plazo (LoTS), dispositivos que garantizan todos los parámetros de seguridad necesarios, con lo que no puede producirse una pérdida de las mismas. Estos

dispositivos están ubicados en los Servicios Centrales del SES en Mérida y son el corazón de Zurbarán. En año y medio de funcionamiento ya se han almacenado más de 680.000 estudios. Alrededor de hasta 120 modalidades diagnósticas, con imágenes de radiología convencional (ósea, tórax...), resonancias magnéticas, ecografías, mamografías, TACs, angiografías y estudios de digestivo y urología son accesibles desde cualquier rincón de Extremadura. Este proyecto engloba a su vez otros proyectos de gran envergadura, como Zurbarán (RIS/PACS), Análisis Clínico para Cornalvo, la Tarjeta sanitaria para Civitas, productividad, nóminas, citas y muchos más.

### **Conclusión**

---

En el pasado quedó ya la etapa en que el usuario era quien transportaba las pruebas y quien padecía las debilidades del proceso asistencial: pérdida de datos, repetición, duplicación, etc. Este servicio ha conseguido un entorno sin placas y sin papeles. La red de conexión entre los centros y servicios del SES, de alrededor de 200 Mbps, es una de las más potentes de Europa y con mejor rendimiento.

Durante 2006, el SES creó un Comité de Expertos en Radiología Digital, un órgano en el que están representados los radiólogos de todas las áreas de salud de la Comunidad de Extremadura y los Supervisores de los Servicios de Radiología. El proyecto Zurbarán es la respuesta a la iniciativa tomada por el servicio extremeño de salud (SES) de proporcionar e implantar un sistema de información radiológica para todos los hospitales públicos de Extremadura. El proyecto Zurbarán contribuye fundamentalmente a la mejora cualitativa de la Sanidad del servicio público de Extremadura; el objetivo de este comité es el de mejorar, promover, estudiar la implantación de esta tecnología. De esta manera, identificarán posibles necesidades que puedan surgir en la región en el entorno de las tecnologías de la información del hospital, beneficiando así a los usuarios y a la población de Extremadura.

Publicidad BRISTOL  
salió en el número anterior  
en la página 31

# Calidad y seguridad en Europa

>> Clara Grau

## Resumen

Siguiendo con el hilo de esta sección, se presenta el Euro Consumer Health Index como una opción para uniformizar los criterios de calidad dentro de la Unión Europea. En él podemos ver nuestra situación en comparación con otros sistemas sanitarios y evaluar posibles mejoras a implantar.

En nuestro entorno, donde la movilidad y la globalidad son un hecho, es interesante conocer las políticas de seguridad en materia de salud que se están implantando, al tiempo que hacemos un pequeño repaso a otras noticias actuales y de planteamiento de futuro a nivel europeo.

## Introducción

Desde la Unión Europea se pretende centrar el foco en materia de sanidad en conseguir una valoración, paso previo a una uniformación de la calidad de los sistemas de salud pública. Es por esto que empezamos a ver resultados que comparan los diferentes países que van acumulando experiencia en el tiempo, lo que los hace cada vez más significativos.

## Calidad. Índice europeo

Tal como comentaba en el artículo anterior, en la sanidad europea existe la preocupación por mejorar la calidad de nuestros sistemas sanitarios y establecer alguna metodología que nos permita comparar sus componentes según un baremo de calidad.

La Unión Europea ha presentado el tercer Euro Health Consumer Index anual (EHCI). Este índice, publicado por vez primera en el año 2005, lo elabora la empresa Health Consumer Powerhouse a partir de estadísticas oficiales y estudios independientes

de toda la comunidad europea y este año incluye a los 27 países miembros más Suecia y Noruega.

Para hacer esta clasificación, los investigadores han tenido en cuenta 27 parámetros, fruto de la actualización de los 28 existentes en 2006, agrupados en cinco áreas: derechos e información de los pacientes, tiempo de espera, resultados, generosidad del sistema y prestaciones farmacéuticas.

En el año 2007 destaca a Austria como el país que presenta mejores resultados sanitarios con la mejor orientación de cara a los usuarios, seguido de Holanda, Francia, Suiza y Alemania.

A España, que se incluye en este índice desde sus inicios en 2005, se le reconoce una buena sanidad, que ha ido mejorado de año en año situándose en el puesto 14 del EHCI 2007, con 624 puntos sobre 1.000 (listón en que los autores sitúan la excelencia), alejado casi doscientos puntos del primer puesto ocupado por Austria con 806, y del último en el que está Letonia con 435. Pero, al igual que Italia (situado cuatro puestos por debajo), la excelencia en los servicios depende de que nuestros usuarios afronten servicios privados como complemento a los públicos para mantener este nivel.

Fallamos en dos baremos conocidos y extendidos para comparar la calidad de los servicios sanitarios: las listas de espera, (ítem que ningún país parece tener resuelto) y en la información que proporcionamos a los pacientes y, por ende, sus derechos. Entre los dos apartados sólo sacamos buena nota en la posibilidad de acceder a la propia historia clínica. En el mismo informe se aconseja que incrementos la transparencia de la información sobre los hospitales a través de indicadores de calidad. Esto promoverá la movilidad y puede ayudar a reducir el tiempo de espera. Arne Björnberg, director de Investigación del Índice de Consumidores de la Sanidad Europea, aconseja que nos inspiremos en los modelos de Reino Unido y Dinamarca.

Otro punto que señalan como uno de los principales problemas de la sanidad española es el alto índice de infecciones resistentes a los antibióticos, causado por la posibilidad real de adquirir antibióti-

cos sin receta médica, que puede costarnos la propagación de infecciones mortales.

Entre los aspectos que mejor funcionan en España, el documento destaca el alto porcentaje de operaciones de cataratas y trasplantes de riñón, el subsidio de fármacos o la rapidez de acceso a los nuevos medicamentos para tratar el cáncer.

## Seguridad

Según el informe sobre salud mundial de 2007 presentada por OMS, la seguridad en salud pública en el siglo XXI ha de desenvolverse en un mundo en que están aumentando los riesgos por brotes de enfermedades, epidemias, accidentes industriales, desastres naturales y otras emergencias de salud que pueden convertirse rápidamente en las amenazas a la seguridad de la salud pública mundial.

El tema de la seguridad marca un punto de inflexión en la historia de la salud pública, e indica lo que podría ser uno de los mayores avances de la seguridad sanitaria en medio siglo. El Reglamento Sanitario Internacional revisado (2005), que entró en vigor este año, ha de ayudar a los países a trabajar juntos para identificar los riesgos y actuar para contenerlos y controlarlos. La OMS defiende las normas en él establecidas como necesarias ya que ningún país por sí solo, independientemente de su capacidad o riqueza, puede protegerse de estos peligros sin la cooperación de los demás.

El informe señala que la perspectiva de un futuro más seguro, una aspiración colectiva a la vez que una responsabilidad mutua, está a nuestro alcance.

Como acción concreta en materia de seguridad, la Comisión Europea ha puesto en marcha una consulta pública sobre hasta el 26 de Noviembre sobre el informe preliminar que el Ccrseri (Comité científico sobre riesgos sanitarios emergentes y recientemente identificados) ha emitido relacionado con la seguridad del DEHP (plastificante que se añade al policloruro de vinilo o PVC para que sea flexible y resistente y más fácil de manejar) y sus alternativas en dispositivos médicos donde la flexibilidad es esencial y productos sanitarios (bolsas de sangre,

catéteres, equipos de diálisis, gastrointestinales tubos, tubos de los sistemas utilizados para los recién nacidos y de terapia respiratoria).

## Últimas noticias

### Día Mundial del Corazón (30/09/2007)

Según declaración del Comisario Kyprianou, cada año las enfermedades cardiovasculares (ECV) causan más de 1,9 millones de muertes en la Unión Europea y gastos de 169 millones de euros anuales en pérdida de productividad y costos de salud. La UE está trabajando en este tema, la nueva Estrategia para Europa sobre nutrición, sobrepeso y obesidad ha de ayudar a promover la alimentación sana y la actividad física y se prevé que seguirán ampliando su labor en la lucha contra el tabaco y las áreas libres de humo.

### Retos para el futuro: 2009-2014

El 21 de septiembre de 2007, la Comisión Europea publicó su proyecto "Desafíos para el Futuro 2009-2014", que refleja los principales retos a los que nos enfrentaremos en el marco del ciclo de vida de la próxima Comisión. La publicación hace un repaso de preguntas tales como la influencia de la evolución de nuestro entorno en los próximos 10-20 años en materias de sanidad. En su elaboración se han utilizado diferentes escenarios durante una serie de talleres concebidos para reflexionar sobre las cuestiones fundamentales en juego: la gobernanza, la globalización, la evolución de la sociedad y la confianza.

El documento está siendo distribuido para validar y mejorar la reflexión general sobre el futuro de la Comisión en la web [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_consumer/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm). Están abiertos a comentarios que se pueden enviar a [sanco-futures@ec.europa.eu](mailto:sanco-futures@ec.europa.eu) hasta finales de diciembre de 2007.

### Consejo de la UE aprueba Programa de Salud para 2008-2013

El 9 de octubre el Consejo adoptó una decisión acerca de la creación del Segundo Programa de Acción Comunitario en Materia de Salud para el periodo 2008-2013 que entrará en vigor el 1 de enero de 2008 con un presupuesto de € 321,5 millones. Basándose en el Programa de Salud Pública 2003-2008, el nuevo Programa establece el marco para la financiación de proyectos europeos y de otras medidas relacionadas con la salud para 2008-2013, teniendo como objetivos mejorar la salud de los ciudadanos, la seguridad, promover la salud incluyendo la reducción de las desigualdades en materia de salud y generar y difundir información sobre la salud y el conocimiento.

Para garantizar la participación de las organizaciones que promuevan un programa de salud en consonancia con los objetivos del Programa, se ofrecen una gran variedad de mecanismos de financiación como la cofinanciación de las acciones, las subvenciones operativas, y la financiación conjunta con los Estados miembros y con otros programas comunitarios. Para más información, se puede visitar el portal de salud pública de la Unión Europea.

### Nuevo jefe de gabinete del Comisario Kyprianou

D. Philippe Brunet es desde 10 de octubre el nuevo jefe de Gabinete del Comisario Kyprianou en sustitución de Margaritis Schinas, que se ha convertido en miembro del Parlamento Europeo después de las recientes elecciones generales en Grecia. La Sra. Despina Spanou se hace cargo de las funciones de Jefe de Gabinete Adjunto y Philip Tod sigue los pasos de la Sra. Spanou como miembro del Gabinete, mientras mantiene sus funciones de portavoz por un período limitado de tiempo.

### EVENTOS

Seminario de EAHM: *"Herramientas del gravamen de la calidad en hospitales, ¿hacia un sistema europeo de la acreditación?"*.

En Düsseldorf, Alemania el 16 Noviembre

Junta Directiva de la EAHM

En Düsseldorf, Alemania el 17 Noviembre

MEDICA 2007 XXXIX Foro Mundial de la Medicina feria líder a nivel mundial. (Próxima MEDICA 19 - 22 Noviembre 2008)

En Düsseldorf, Alemania del 14 al 17 de Noviembre

En paralelo con:

COMPAMED 2007 XVI Feria Profesional para el mercado de suministros de la industria médica

(Próxima COMPAMED 19- 21 Noviembre 2008)

En Düsseldorf, Alemania del 14 al 16 de noviembre

10ª Conferencia Nacional Economía da saúde organizada por APES en Portugal.

En Lisboa, Portugal del 22 a 24 de Noviembre

Mental Health Economics European Network, Phase II Symposium

En Bruselas, Bélgica, el 13 de Diciembre.

World health professions conference on regulation.

The Role and Future of Health Professions Regulation.

En Ginebra, Suiza del 17 al 18 de Mayo de 2008.

International Forum on Quality and Safety in Health Care.

En Paris, Francia del 23 al 25 de Abril del 2008.

7th European conference on health economics.

Health Economics and Global Renaissance.

En Roma, Italia, del 23 al 26 de Julio de 2008.

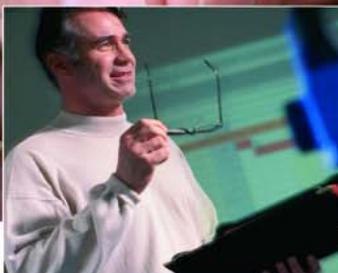
22nd EAHM Congress:

En Graz, Austria, el 25 y 26 de Septiembre de 2008.

# Podemos conseguirlo



Normas Sectoriales /  
Normas Ad Qualitatem / Gestión  
de Calidad ISO 9001/ EFQM



Responsabilidad Social  
Corporativa, Memorias, Planes  
Estratégicos.



Organización BSC, Planes de  
Excelencia, Gestión de Proce-  
sos, Ambiental y de Residuos.

## En el sector sanitario, del trabajo bien hecho a la Sostenibilidad

En **PSN Prevención y Calidad** trabajamos para fomentar la excelencia en la prestación de servicios sanitarios, ofreciendo soluciones integrales e innovadoras a las necesidades reales de todas las profesiones sanitarias.

Para ello desarrollamos proyectos siempre basados en objetivos fundamentales, como el aporte de valor y el conocimiento, lo que convierte a **PSN Prevención y Calidad** en referencia del sector.

El equipo de profesionales de **PSN Prevención y Calidad** y nuestra vocación de servicio le ayudarán a conseguir los objetivos propuestos, siempre con la garantía y confianza de los más de 75 años del **Grupo Previsión Sanitaria Nacional**.



Infórmese en cualquiera de las Oficinas PSN en toda España  
o en la Oficina de Servicio al Mutualista: 902 100 062

Grupo 

## Los patrocinadores y directivos de la salud abogan por un consejo empresarial mixto que garantice la continuidad del gerente

*La jornada se centró en el entorno de la sanidad catalana, pero desarrolló ideas de trabajo aplicables a la gestión del Sistema Nacional de Salud*

Las organizaciones sanitarias podrían definirse como uno de los colectivos sociales más difíciles de gestionar y de dirigir; deberían disponer de un Consejo de Dirección mixto remunerado (con miembros de la propia empresa y otros ajenos para garantizar su desvinculación de intereses particulares); y, asimismo, deberían cuidar la figura del director gerente exigiéndole, a cambio de la necesaria continuidad, cualidades como capacidad de comunicación, liderazgo, responsabilidad y transparencia en su gestión. Todo ello resume las conclusiones del encuentro de título "Organizaciones sanitarias, los gestores de hoy", que tuvo lugar entre más de un centenar de profesionales de la salud el pasado 19 de octubre en la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona y que organizaron con notable éxito la Fundación Unió Catalana de Hospitales (*Fundació Unió*) y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).

La división del acto en mesas redondas permitió fructíferos debates a lo largo de la mañana desde los puntos de vista de tres agentes sanitarios: órganos de gobierno, profesionales asistenciales y directivos de la salud. En palabras para esta revista del secretario de la Junta Directiva de SEDISA, **Mariano Guerrero**, "la gestión de la sanidad suele dividirse en



La gestión de la sanidad suele dividirse en tres estamentos: patrocinadores, gestores sanitarios y médicos clínicos; esta reunión potencia su interacción.



Adolf Todó, Joan Turró, Antoni Serra y Lluís Brunet.

tres estamentos: patrocinadores, gestores sanitarios y médicos clínicos". "Por ello creo que la reunión es acertada –señaló–, ya que sirve para potenciar la interacción entre estos tres colectivos, algo que no siempre se da en la medida de lo deseable".

Durante su discurso de bienvenida, también hizo hincapié en la falta de conocimientos en gestión sanitaria impartidos desde la Universidad y en el reducido número de mujeres que ocupan cargos directivos (a pesar de ser un gremio que dispone de un amplio porcentaje de personal femenino), y destacó que "el principal cambio en el sector durante los últimos años reside en la actual falta de profesionales".

**"Despolitización", transparencia e incentivos, en la agenda de prioridades**

En la primera mesa, dirigida por **Joan Turró**, gerente de Empresas Públicas y Consorcios y que siguió a sendas intervenciones de **Boi Ruiz**, director

general de la *Fundació Unió*, y la citada de **Guerrero**, se insistió en una idea paradigmática por su constante reclamo desde hace tiempo por los sectores sanitarios implicados: la profesionalización de la gestión de la salud así como su “despolitización”, unido a transparencia y publicidad en los resultados.

**Ruiz** reconoció que, pese a que “la mayoría de los profesionales de los hospitales son independientes en el ejercicio de sus funciones”, no deja de ser “una realidad objetiva” el hecho de que, cada vez que cambia un gobierno, se obliga a cesar en su cargo a los gerentes de los hospitales: “Lo lamentable reside en la pérdida de un buen directivo por no cumplir un perfil político”, más que su reemplazo por otro que puede estar igual o mejor cualificado para esa tarea.

Por otra parte, **Ruiz** analizó la trayectoria de la figura del gestor sanitario en las últimas décadas: “En los años 80, el gerente de una entidad sanitaria gestionaba fundamentalmente las estructuras; en los 90 pasó a gestionar procesos y, desde 2000, sus funciones son, ante todo, relacionales”. Asimismo, hizo referencia a un debate existente en el sector desde hace algunos años sobre la conveniencia de adaptar el modelo de gestión empresarial a la gestión sanitaria y cerró su intervención lanzando una cuestión al foro acerca de si “hay organizaciones de médicos o con médicos”.



Del Castillo, Picola, Ganduxé, Vallribera y Joan Grau.



Boi Ruiz, Eusebi Cima y Mariano Guerrero, en la clausura.

### Papel de los órganos de gobierno en la gestión de la salud

De acuerdo con los ponentes (**Adolf Todó**, director de Caixa Manresa; **Antoni Serra Ramoneda**, catedrático de Economía de la Universidad Autónoma de Barcelona; y **Lluís Brunet**, presidente de Caixa Sabadell), en la actualidad no se cumplen tres premisas que deben, sin embargo, primar en todo complejo sanitario: la claridad en los objetivos, la transparencia en las acciones y resultados, y la generación de incentivos positivos. Incluso se atrevieron a denunciar la paradoja de que, en la mayoría de los casos, se llega al extremo de que las mejoras en la eficiencia se penalizan con menor financiación por parte del sistema público de Cataluña.

**Todó** puso en duda el hecho de que las entidades sanitarias, que se financian con dinero público, deban gestionarse a partir del ámbito de la política, y



En los años 80, el gerente sanitario gestionaba las estructuras; en los 90, los procesos; y desde 2000, sus funciones son ante todo relacionales.



se mostró partidario de que aquellas “no se privatizen, sino que se *empresarialicen*”. Con este objeto, el dirigente de Caixa Manresa consideró oportuno que “el órgano confíe al cien por cien en la gerencia, que los miembros de ese órgano de gobierno no sean proveedores en ningún caso y que haya comunicación y transparencia en la gestión”.

Por su parte, **Ramoneda** explicó su visión del órgano de gobierno en el mundo sanitario como una creación de la empresa privada para solventar la más que frecuente ausencia de entendimiento entre accionistas y directivos, consejos de administración y ejecutivos o, lo que es lo mismo, entre propietarios y gerentes. De ahí la insistencia compartida en la mesa de establecer un consejo de Administración que tuviera por cabezas visibles al presidente, elegido entre los accionistas, y el *Chief Executive Officer* (CEO, siglas en inglés de la figura de mayor rango en la dirección de una empresa), escogido entre los directivos.

Otra conclusión unánime se resume en que toda empresa debe tener como objetivo principal la obtención de beneficios, lo que autoriza a los accionistas a la evaluación de la labor de sus directivos. El problema –señaló **Ramoneda**– reside en que “trasladar este modelo de gestión al sector sanitario resulta muy complicado porque, en los hospitales, los papeles no están definidos” por la sencilla razón de que no hay una clara atribución de responsabilidades, esto es, de la existencia inequívoca de propietarios, “ni tampoco los objetivos están establecidos” con la necesaria claridad.

### La política sanitaria debe formar parte del debate parlamentario

**Josep María Taberner**, jefe de Sección de Oncología Médica del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona, dio comienzo a la segunda mesa redonda (que moderó el presidente de la Fundación

Educación Médica, **Albert Oriol**) y reflejó la visión del médico clínico de la dirección sanitaria. En su caso, dada su doble experiencia profesional en Estados Unidos y en Cataluña, valoró las diferencias entre ambos modelos de organización y sugirió propuestas para mejorar la eficiencia, entre ellas la promoción de consejos de gobierno de composición mixta.

Asimismo, **Leonor Ancochea**, directora de la EBA (Entidad de Base Asociativa) de la zona de salud *Dreta Eixample*, resaltó la utilidad de la descentralización de la gestión como método para vincular a los profesionales en las decisiones gestoras. Los otros dos participantes de esta sesión, **Dolors García**

(jefe clínico del Servicio de Urgencias de Althaia) y **Joan Manel Salmerón** (director de Urgencias del Hospital Clínico de Barcelona), ahondaron, respectivamente, en la necesidad de estrechar lazos entre paciente, médico y gestor, así como en la importancia del equipo en el desarrollo de “proyectos sólidos de gestión”.

### El gestor nace, pero no puede obviar su educación para el desarrollo de su trabajo

Los directivos y gerentes de salud expusieron sus puntos de vista en la tercera y última mesa, protagonizada por **Manel del Castillo**, gerente del Hospital San Juan de Dios de Barcelona; **Esteve**



Trasladar el modelo de gestión de una empresa al sector sanitario es difícil porque, en los hospitales, no está clara la atribución de responsabilidades.



**Picola**, director general de la Mútua de Terrassa; **Pere Vallribera**, gerente del Consorcio Sanitario de Terrassa; y **Joan Grau**, presidente honorario de SEDI-SA, con la moderación del turno de palabra por parte de **Josep Ganduxé**, director general de Clínica Barceloneta.

**Del Castillo** elaboró un decálogo del “buen gerente”, del que pueden recogerse habilidades como la visión global, percepción de cambio, anticipación, saber escuchar y comunicar, conocimiento del negocio, moderación, tenacidad, ética y modestia; **Picola** recordó la importancia de la proximidad entre los agentes sanitarios; Vallribera defendió en su ponencia una gestión profesional como antídoto frente a la sumisión y la desmotivación; y **Grau**, por último, enfatizó la primacía de la labor asistencial por ser la que más interesa al enfermo, al fin y al cabo principal figura del sistema establecido.

**Eusebi Cima**, presidente del Consejo Consultivo de Gobierno de la *Fundació Unió*, clausuró el acto mediante un repaso de los principales puntos de acuerdo derivados de la jornada, como la constitución de consejos de Dirección remunerados y de composición mixta; la mayor implicación de los profesionales en la gestión (sin incluir asuntos laborales o de carrera profesional); y la búsqueda del gestor dotado de liderazgo, sentido común y transparencia en su actuación.

### Orígenes históricos de SEDISA

El primer curso de directores de hospitales en nuestro país del que hay constancia, según **Miguel Ángel Asenjo Sebastián**, director técnico del Hospital Clínico de Barcelona, tuvo lugar en Madrid durante el año 1965. “En aquel marco -ha explicado a esta revista-, en el que éstabamos unos cincuenta directivos, se elaboraron los primeros estatutos” que dieron lugar con el tiempo a distintas agrupaciones, como la Asociación Española de Administración Hospitalaria y la Sociedad Española de Directores y Gerentes de Hospitales y Planificación Sanitaria (SEDGHPS).



Descentralizar la gestión resulta útil como método para vincular a los profesionales en la toma de decisiones gestoras.



De la “refundación” de estas dos sociedades -ha confirmado **Mariano Guerrero**- nació SEDISA en 2005 “deseosa de liderar” la gestión de la sanidad española en un contexto de distribución autonómica de las responsabilidades. Se trata, pues, de tomar las riendas de una función “sin que se resten competencias a ningún otro organismo o institución”.

Por el contrario, encuentros como el celebrado en Barcelona refuerzan “la voluntad de SEDISA de acercarse a estas otras organizaciones, no sólo la *Fundación Unió* [cita, entre varias, a la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), coorganizadora del XV Congreso Nacional de Hospitales celebrado el pasado mes de mayo] para crear así un cuerpo de gestores en el que todos tengamos cabida”.

La razón principal de la constitución de SEDISA hace dos años reside, en su opinión, “en la necesidad de cambiar para crecer”. La valoración del trabajo de la nueva Junta Directiva, de la que forma parte, no puede ser más positiva. Pero no según su criterio. Otros directivos de salud relevantes, entre ellos **Boi Ruiz**, han dado muestras de su concordancia con la política renovada de la agrupación editora de esta publicación. El congreso nacional, que se celebra cada dos años (el próximo tendrá lugar en la comunidad de Extremadura), ha reforzado, según **Ruiz**, la “marca” de un evento tradicional en el gremio ya que “ha servido para prolongar el debate” sobre cuestiones candentes como la articulación de un proceso que acredite al gerente hospitalario, uno de los puntos cardinales, en su opinión, del encuentro entre SEDISA y la *Fundació Unió* y que aún debe ser objeto de reflexión y debate.

## El éxodo de nuestros médicos simboliza la imprevista escasez de profesionales sanitarios en España

*Los drásticos cambios en la oferta y demanda de plazas MIR exigen un replanteamiento integral del sistema, según los especialistas*

La presentación del libro *Recursos Humanos para la Salud: suficiencia, adecuación y mejora*, acto organizado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Fundación Gaspar Casal y que tuvo lugar esta semana en el hotel Sheraton de Bilbao, sirvió de marco para un hondo debate sobre el actual estado de los empleados en el sistema sanitario español, en especial de los integrantes de la sanidad pública, para quienes se proyecta reactivar políticas de reconocimiento, representación y prestación de incentivos.

Una de las conclusiones obtenidas en el encuentro, al que acudió la directora general de Osakidetza, **Gloria Quesada**, se centra en "la incorporación tardía pero firme de nuestro país a la movilidad hacia otros países de profesionales sanitarios", en especial de la clase médica, según comentó **Beatriz González López-Valcárcel**, catedrática de Economía Aplicada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Esta movilidad parece responder a un síntoma más de una estrategia de distribución a ojos vistas equivocada, según los ponentes del acto, como ha sucedido, por ejemplo, con la restricción del *numerus clausus* (la nota media requerida para el acceso a la carrera de Medicina) desde los años noventa a esta parte.

### Necesidad de incentivar al médico generalista

Algunas especialidades, como Medicina de Familia, simbolizan las primeras consecuencias del déficit de médicos en nuestro país, tal y como declaró **López-Valcárcel**: "En el caso de la Atención Primaria existe un innegable descrédito entre el propio gremio médico".

Tanto esta catedrática como **Gloria Quesada** coinciden, de hecho, en la necesidad de incentivar al médico generalista dada la escasa demanda en todo el país de ésta y de otras opciones a la hora de la



*Beatriz López-Valcárcel, Juan del Llano, José Andrés Blasco, Gloria Quesada y Mikel Álvarez Yeregi, en la presentación.*

especialización sanitaria. **López Valcárcel** señaló, en el turno de preguntas, la que ella considera principal causa del fracaso en la redistribución del sector sanitario: “El inesperado realce del sector privado y, en la misma línea, de nuevas demandas” que no siempre exigen titulación de licenciatura superior, caso de logopedas o fisioterapeutas.

### Problema con solución

“¿Son un problema, por tanto, los recursos humanos?”, se preguntó **Gloria Quesada** durante su intervención. “Tal vez –se contestó–, pero no irresoluble, y además no hay duda de que es bueno que se planteen reflexiones para sostener un sistema sanitario propio de un país desarrollado, siempre con vistas al futuro”. La directora gerente de la sanidad autonómica vasca contextualizó la existencia de “tensiones” entre los distintos agentes políticos, sociales e incluso sindicales como parte natural de la organización de la sanidad en un país avanzado.

Otro de los puntos de análisis de la jornada, que fue moderada por **Mikel Álvarez Yeregi** (director gerente del Hospital de Cruces, Barakaldo) residió en la “necesidad de contrarrestar la tendencia a uniformar la labor de los trabajadores”, realidad que puede contrariar las políticas encaminadas a fomentar “su reconocimiento”, según puntualizó **Juan del Llano**, coeditor del libro presentado y director general de la Fundación Gaspar Casal. Por su parte, **José Andrés Blasco**, director de recursos humanos de Osakidetza, se refirió a su comunidad autónoma al asegurar que “en nuestro servicio hemos pasado de gestionar la abundancia a gestionar recursos limitados para una creciente demanda”.



A un par de años vista, no hay duda de que habrá un claro déficit, así como tensiones alcistas de los salarios, ya que el profesional será un bien escaso y podrá exigir más por su trabajo



Una vez concluido el debate y preguntada por una valoración general de su contenido, **López Valcárcel** reafirmó su convicción de que “a corto plazo va a haber una escasez de médicos, ante todo en algunas especialidades y en las zonas menos atractivas”. Asimismo, dio por hecho que, si este problema se plantea en el seno del Consejo Interterritorial (el órgano que debe servir de cohesión de la política nacional sanitaria), “no se resolverá, porque no dispone de capacidad ejecutiva”.

En cuanto al numerus clausus de Medicina, esta experta recordó cómo, según un modelo simulado que su equipo de trabajo utilizó en los años 90, “incluso con previsiones del crecimiento poblacional ya se veía la necesidad de aumentar” aquél, esto es, abrir las puertas a más candidatos al estudio de la licenciatura. Reconoce, sin embargo, lo difícil que puede resultar tomar este tipo de decisiones, algo que, en este caso, “corresponde formalmente al Consejo de Rectores aunque también el Ministerio de Sanidad tiene algo que decir en la práctica”.

Por otra parte, reivindicó el cuidado de que está necesitada la Medicina de Familia: “Si uno se fija en quiénes acceden a las plazas de Primaria, se da cuenta de que se trata de aquéllos que no han podido hacerlo a las de hospital”. Coincidió con **Quesada** en la valoración inequívoca de que “la feminización más que un problema es un hecho que, además, exige disponer de más médicos, porque la conciliación de vida familiar y laboral puede hacer que la mujer no esté dispuesta a largar jornadas de diez horas diarias”.

A la hora de explicar cuál puede ser la clave para el equilibrio de la relación entre médicos, directivos y patrocinadores sanitarios, **López Valcárcel** consideró que “aquella reside en un punto intermedio” de manera que converjan los intereses de los profesionales de la Medicina y los de aquéllos que demandan médicos. En cuanto al futuro del sector sanitario, esta economista pronostica “a un par de años vista, un claro déficit así como tensiones alcistas de salarios”, esto es, el profesional podrá exigir más renta.

## Gloria Quesada

directora general de Osakidetza

“ Debemos organizar la sanidad con flexibilidad ”



>> Gloria Quesada, directora general de Osakidetza.

La directora general de Osakidetza atendió a **sedisa s.XXI** al concluir la reunión y quiso dejar clara la “buena relación” de su servicio con “todos los demás agentes” del sistema sanitario, tanto nacional como autonómico, además de expresar su convicción de que la falta de profesionales “no es aún un problema crítico” en esta comunidad. Anunció asimismo la promoción de “políticas” que consoliden las especialidades menos demandadas y el refuerzo de las nuevas tecnologías para la mejora de la labor asistencial.

>> ¿Puede valorar el problema de la escasez de médicos en el caso concreto del País Vasco?

La evaluación de las necesidades de los médicos en un sistema autonómico de salud, tanto de la Atención Especializada como de la Primaria, nunca responde a una foto fija. Hemos desarrollado una serie de políticas de empleo (alrededor de

un plan cada tres años) que están haciendo atractivo trabajar para la sanidad vasca. Lo que no obsta para que haya distorsiones en el funcionamiento del sistema: por ejemplo, disponer de un especialista concreto en un hospital comarcal durante el verano, por poner un ejemplo. Pero, en general, hemos logrado consolidar esas políticas y ampliar las plantillas, lo que nos permite abordar los compromisos adquiridos con los sindicatos médicos. Y eso nos da una estabilidad en la prestación de las especialidades.

Estamos abriendo nuevos centros, facilitando el acceso del ciudadano a los servicios sanitarios en una ampliación de horarios (la Atención Primaria se presta durante más tiempo en la mañana y tarde)... Tenemos la ambición, por tanto, de incorporar a más profesionales. Pero no creo que la escasez de médicos sea crítica en nuestro caso.

>> En el caso de la Medicina de Familia, usted ha declarado su voluntad de ofertar más plazas. ¿Cómo se puede incentivar al licenciado para que opte por esta especialidad?

Aunque la retribución de nuestros facultativos es homogénea, es cierto que existen ocasiones en las que los médicos de hospital, a diferencia de los que trabajan en la Atención Primaria, disfrutan de complementos específicos. ¿Cómo podemos hacer atractiva al licenciado la opción de trabajar en la Primaria? A partir del propio desarrollo profesional. Ya hemos hecho evaluaciones en este sentido. Nos encontramos en el tercer nivel de entre los cuatro planteados. Se trata, pues, de equiparar en este sentido al profesional de Primaria respecto al de Especializada. Y, por otra parte, proporcionándole incentivos más allá de los monetarios, como el acceso y valoración de la labor investigadora, nivel de competencia en el desempeño de la profesión, puesta en marcha de mesas sobre este tipo de atención médica en la que participan médicos y sindicatos para valorar el papel del profesional sanitario en esta parcela.

>> *Qué otros problemas afronta Osakidetza a corto, medio y largo plazo?*

Tenemos en marcha un plan de inversiones hasta 2012 de 600 millones de euros en tecnología sanitaria. Vamos a disponer, en concreto, de tres centros de alta resolución en la comunidad autónoma. Ampliaremos la oferta de número de camas en funcionamiento... Es decir, nuevas tecnologías, infraestructuras físicas y también universalizar las TIC [Tecnologías de Información y Comunicación]. Nuestro mayor reto pasa por lograr un equilibrio entre la eficiencia en el gasto y la ampliación de nuevos objetivos, es decir, hacernos con un mayor presupuesto para la sanidad autonómica y demostrar que lo gestionamos de manera eficiente.

>> *¿Considera un problema la "feminización" de la Medicina?*

No es un problema: es un hecho. Ya había muchísimas mujeres en la sanidad; en la enfermería son mayoría, pero es un hecho que cada vez son más entre el personal facultativo. El que la mujer tenga hijos y una vida familiar nunca debe suponer un obstáculo para el desarrollo de su carrera profesional: esto lo tenemos en cuenta a la hora de planificar los recursos disponibles. La conciliación entre vida familiar y laboral que diferencia a la sociedad del bienestar, mucho más justa, llega también a la profesión médica y casi a todas las

especialidades (aunque en algunas la incidencia es menor, yo espero que se igualen en este sentido).

>> *¿Cuál es la relación de Osakidetza con la Consejería de Sanidad del País Vasco?*

Muy fluida y transparente, pero no sólo con la consejería, sino con todos los agentes sanitarios: direcciones de recursos humanos, departamentos de sanidad, hospitales... y en general nuestros homónimos en otros servicios de salud. Compartimos tanto los problemas como las soluciones a partir de un diálogo permanente. A partir de los estudios económicos que ha expuesto López-Valcárcel en esta jornada, salta a la vista el carácter imprevisible de la política sanitaria a largo plazo.

Sí, desde luego: se planifican las cosas pero no puede adivinarse el futuro. De aquí a diez años lo único claro que debemos tener es atender al paciente con los medios que estén a nuestro alcance, tanto desde el punto de vista técnico como humano. Creo que el control democrático sobre la Administración va a ser cada vez mayor -y es bueno que sea así-. El modelo de cobertura universal lo conocemos todo, pasa por que los tiempos de espera sean cortos y las soluciones, eficientes. Y, en segundo lugar, tenemos que ser capaces de organizar la sanidad con más flexibilidad.

**Galenas, desde 1989 gestionando tiendas en hospitales**

**63 tiendas de conveniencia**

- Más de 100 máquinas de vending
- Más de 360 trabajadores en plantilla

**Creamos empleo estable y de calidad**

- Más de 320 personas con discapacidad en plantilla

**Calidad, Responsabilidad, Empleo y Atención  
CREA en Galenas**

C/ Garibay, nº 7, 28007 Madrid

Telf: 91.501.79.76 [imagana.galenas@fundaciononce.es](mailto:imagana.galenas@fundaciononce.es)



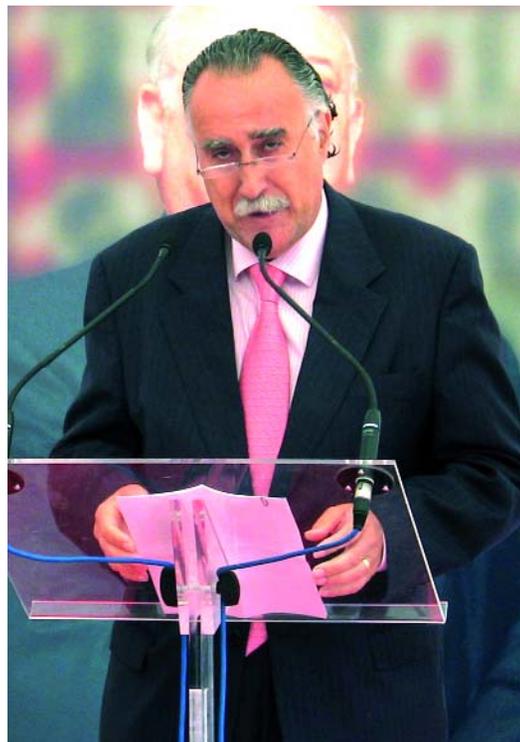
## CEDE celebró en Bilbao su Encuentro de directivos

En los días 10 y 11 del pesado mes de octubre se celebraron en Bilbao con el título “*Prioridades y equilibrios en la función directiva*” el encuentro anual de directivos entre Congresos que organiza CEDE.

CEDE, Confederación Española de Directivos y Ejecutivos, aglutina a más de 42 asociaciones de Directivos, fundada en 1957 suma entre todos sus componentes a más de 75.000 directivos. SEDISA como no podía ser menos forma parte de esta importante confederación, teniendo presencia activa en sus órganos de gobierno y participando en todos los foros que se patrocinan desde esta entidad. Para mayor información sobre la misma os invitamos a visitar su sitio web, en el cual siempre encontraréis referencias sobre gestión y actualidad financiera de gran peso específico y calidad. (<http://www.directivoscede.com/>)

Ya en la presentación del Encuentro, se destacaba la necesidad, en un mundo cambiante y exigente, de mantener equilibrio entre mujeres y hombres, equilibrio entre vida personal y profesional, equilibrio entre innovación y eficiencia, equilibrio entre crecimiento y sostenibilidad. Siendo por tanto estas las prioridades actuales de la función directiva. Todos estos temas constituyeron el cuerpo del Encuentro y de una forma brillante y en casi todos los casos innovadora fueron abordados por un importante grupo de profesionales nacionales y extranjeros de altísimo nivel.

En esta ocasión el Encuentro lo organizaba el Club Financiero de Bilbao, siendo la presidenta del mismo, presidenta del Comité Organizador **Ana Armesto**. La organización del Encuentro fue excelente, los asistentes recibieron un trato exquisito. Estaban previstos todos los detalles, sin grandes alardes, con sobriedad y eficiencia, atendiendo



Iñaki Azkuna, alcalde de Bilbao.

como el lema proponía de forma equilibrada tanto la aportación científica, como los espacios para el intercambio humano y la relajación.

Antes de entrar a la revisión de las diferentes mesas, en la parte cultural destacar la actuación de la Compañía de danza Aukeran, que cerró la primera jornada con una selección de bailes populares del País Vasco presentados en forma de fusión con danza moderna. Original y estéticamente precioso. También en el cóctel posterior pudimos contar con la presencia del Otxote del Coro del Ilustre Colegio de Abogados del Señorío de Vizcaya.

En el acto inaugural participaron la consejera de Industria, Turismo y Comercio del Gobierno vasco,

**Ana Aguirre**; el vicepresidente de CEDE, **Ramón Adell**; el alcalde de Bilbao, **Iñaki Azkuna**, y la presidenta del Club Financiero de Bilbao, **Ana Armesto**. **Aguirre** señaló que “hoy sufrimos una crisis de creación, liderazgo y espíritu emprendedor” y animó a todos los participantes a invertir “más en antropólogos y menos en ingenieros”. Por su parte, **Ana Armesto** destacó que “el objetivo de este Encuentro es generar pautas de análisis que permitan revisar los esquemas de funcionamiento en aspectos como la formación y la gestión del talento, de la creatividad, de la innovación... Funcionar con esquemas obsoletos puede provocar retrasos en la competitividad y la eficiencia difíciles de recuperar”.

En la primera mesa “*Mujeres y Hombres, liderazgo compartido*”, participaron **Ellen Kjos-Kendall**, en representación de la Confederación de Empresarias de Noruega, país pionero en políticas de igualdad; **Daniel Innerarity**, profesor titular de Filosofía en la Universidad de Zaragoza, o **Amelia Valcárcel**, consejera de Estado y catedrática de Filosofía Moral y Política de la UNED, junto a **Pilar Gómez-Acebo**, vicepresidenta de CEDE. Durante el transcurso de esta mesa redonda, **Gómez-Acebo** subrayó que “los empleados no se van de las empresas, se van de sus jefes. Los directivos deben priorizar a las personas frente a los papeles. Los líderes de hoy deben saber escuchar, transmitir, tratar a todos por igual sea cual sea la procedencia de sus empleados”. Asimismo, la noruega **Ellen Kjos-Kendall** trajo al País Vasco el modelo que ha seguido su país en políticas de igualdad. “Uno de los retos más importantes ha sido conseguir que el sector privado sea visto como un lugar atractivo para las mujeres”, explicó. El conjunto de los ponentes valora negativamente las políticas de paridad forzada, aunque asumieron su utilidad en un momento inicial. Concretamente **Ellen Kjos-Kendall** reconoció que, a pesar de los esfuerzos de su país, una sociedad en el que la paridad en todos los niveles es altísima, luego no se alcanza de forma numérica, ya que en muchos casos la mujer prioriza otros valores como la familia, antes de volcarse en funciones de alto nivel directivo. Quedó patente que la formación desde la etapa preescolar y la distribución equitativa de las cargas domésticas, son claves para

equilibrar la presencia de directivos en una distribución paritaria. Teniendo siempre presente, que el principio predominante en todos los casos debería ser la profesionalidad y la competencia.

En la mesa redonda sobre “*Creatividad, innovación y eficiencia*” participaron el escritor, consejero y consultor de empresas **Koldo Saratxaga**, el presidente de Ibermática, **José Luis Larrea**, y el catedrático de la Universidad de Helsinki **Timo Riiho**. **Saratxaga**, posiblemente la presentación más agresiva y dinámica de la mañana, afirmó que “el 65 por ciento de los puestos directivos no genera ningún valor añadido”. Además, el empresario vasco añadió que “la repetición mecánica de tareas es el anticonocimiento” y abogó por las relaciones humanas: “si después de este encuentro os quedáis sólo con la palabra relaciones, este acto habrá sido un éxito. Hay que apostar por las personas. Ahí está, y ha estado siempre, el éxito de una empresa”. **José Luis Larrea** desgranó un decálogo sobre la innovación sumamente interesante; muchas de las presentaciones y los vídeos de las mesas están disponibles en la web: <http://www.directivoscede.com/info/default.php?id=136>

Durante la tarde de la primera jornada se sucedieron otras dos mesas redondas y una conferencia. La primera de las sesiones, moderada por **José Manuel Morán**, presidente de la Comisión sobre la Función Directiva de CEDE, se centró en “*Los cambios que se avecinan y la empresa sostenible*”. **Javier Elzo**, sociólogo de la Universidad de Deusto, destacó como rasgo positivo de los jóvenes profesionales su “mayor capacidad de conciliación entre trabajo y ocio, en resaltar el sentido lúdico de la actividad profesional, que siempre genera eficacia y satisfacción personal”. Por su parte, **Mari Carmen Gallastegui**, catedrática de Economía de la Universidad del País Vasco, abogó por la “firma de un pacto social con la Naturaleza en todos los ámbitos empresariales y directivos” como una de las claves de la competitividad futura. Para la catedrática, “la eficiencia empresarial implica, cada vez más, no contaminar” y concluyó que “para el directivo de hoy y de mañana la sostenibilidad ambiental no es un coste, es una oportunidad”. En la misma línea, **Luis**

**Jiménez Herrero**, director del Observatorio de la Sostenibilidad en España, señaló que todos los estudios empresariales indican que “la regulación medioambiental ha impulsado al directivo a innovar y a ser más competitivo”. Además, hoy en día –sostiene **Jiménez**– pasar de los procesos lineales a una ecología industrial ya es posible: la ecoeficiencia, el ecodiseño están aquí”. Dentro de su presentación, **Jiménez** manejó el término “resiliencia, utilizado en la biología para definir la capacidad de los ecosistemas para adaptarse al cambio y no colapsarse”. Este término aplicado al mundo empresarial fue luego citado en varias ocasiones.

La mesa de expertos, presidida por **César Arranz**, vicepresidente de CEDE, analizó el “escenario económico actual y las perspectivas de futuro”. Con distintos matices, todos los participantes lanzaron un mensaje tranquilizador para el mercado español y coincidieron en rebajar la magnitud de la supuesta “crisis económica” que se avecina. Mientras que **César Arranz** indicaba una “cierta desaceleración, en ningún caso recesión ni mucho menos depresión” económica en España, **José Luis Escrivá**, economista jefe del Grupo BBVA, dibujaba “una situación complicada, difícil de evaluar para los especialistas ya que se fundamenta en perturbaciones financieras: no vale con analizar sólo los números”. Por su parte, **Jordi Gual**, subdirector general de La Caixa, destacó que “el principal factor negativo a largo plazo es la baja productividad”, mientras que son muy positivos “la fortaleza del sistema financiero –que facilitará un ‘suave aterrizaje’–, la envidiable situación presupuestaria y el valor de los activos financieros familiares y empresariales”. **Guillermo de la Dehesa**, *country advisor* de Goldman Sachs en

España, resaltó “la importancia del comportamiento futuro de los inmigrantes, claves para el despegue económico español, pero también para un ajuste suave”.

La primera jornada se cerró con la conferencia de uno de los máximos expertos españoles en liderazgo y autor del libro *Liderazgo afectivo*, **Albert Jovell**, para quien “sólo puede ser buen líder aquel que haya sufrido alguna derrota, el líder se descubre precisamente en las situaciones de crisis”. **Jovell** dijo que un líder afectivo es “aquel que es capaz de predicar con el ejemplo y transformar los dichos en hechos, alguien que genera confianza en su equipo, que transmite ‘confiabilidad’, y por tanto produce eficiencia empresarial”. Una receta para todos los que dirigen equipos humanos: “Sé consciente de tus limitaciones, sé humilde y sonríe”. Es recomendable visitar la web para poder disfrutar de su presentación.

En la segunda jornada del Encuentro, ya en viernes, la brillantez fue aun mayor que en la primera. La iniciaron **Pascale Rahamani** y **Ariane Chapelaud**, socias de Expresarte, dirigieron una actividad bajo el título “La expresión oral y la comunicación en el mundo empresarial”, en la que las ponentes tomaron la atención de la sala con los diferentes ejercicios prácticos. “Para comunicar de un modo eficaz hace falta una dosis de actuación, que debe tener todo ejecutivo. Es importante potenciar el lenguaje no verbal para lograr una mayor atención del público y resultar más convincente”, señaló **Rahamani** al medio millar de ejecutivos reunidos en el Euskalduna. “La comunicación verbal en una empresa también es esencial: hay que manejar correcta-



mente el ritmo, las pausas, los silencios”, continuó antes de elegir entre los asistentes a voluntarios para demostrarlo. Durante hora y media, consiguieron que una sala llena hasta la bandera de directivos con aspecto de serios hiciesen todo tipo de ejercicios, para regocijo de los que no salieron voluntarios. Fue sumamente interesante, refrescante y un ejemplo más de que en el mundo directivo se precisan conocimientos de gestión y también manejo de herramientas clave. ¿Qué más clave que la comunicación?

Durante la conferencia-coloquio sobre Inteligencia emocional, **Mario Alonso**, médico y profesor de liderazgo y creatividad en el Euroforum, Iddi y Centro Europeo de Estadísticas Garrigues, habló de “la inteligencia emocional como un “océano azul” porque une dos palabras que vivimos de modo distinto y distante”. “Entre el 60 y el 90 por ciento de las enfermedades por las que consultamos al médico de cabecera es porque no sabemos gestionar nuestras emociones. Lo que sucede en nuestro interior se manifiesta en el exterior”, remarcó para pedir a los asistentes que aprendieran a sonreír para generar sonrisas. “Si tú sonríes, los demás lo harán por contagio. Hace falta que nuestros empleados digan sí no sólo con la cabeza, también con el corazón y, para eso, debemos dominar nuestra inteligencia emocional”, afirmó. Para facilitar este dominio desgranó las consecuencias médicas de una mala gestión de las emociones. “Un líder debe abrirse al mundo, a las personas”, explicó para subrayar la importancia de la humildad en un directivo, así como saber escuchar y comprender a los demás.

El catedrático de dirección general en el Foro Europeo, Escuela de Negocios de Navarra y presiden-

te de Mindvalue, **Javier Fernández Aguado**, protagonizó la última sesión del encuentro, que trató sobre “Liderazgo empresarial: gobernar en tiempos de incertidumbre”. **Fernández Aguado** destacó que “no podemos planificar todo en una empresa. Si queremos aprender a gestionar bien una compañía hay que centrarse en lo importante: vivir la vida y procurar que todos lo hagan. En el fondo, debemos ser sembradores de ilusión”, remarcó convencido de que la ilusión es el gran antídoto a los problemas.

A modo de conclusiones del Encuentro, la presidenta del Comité Organizador, **Ana Armesto**, apostó por aprender a sonreír y a generar ilusión dentro de las empresas para superar los retos del futuro inmediato. “La búsqueda de prioridades en la función directiva –según **Armesto**– nos ha llevado a valorar más el componente humano de la empresa, para ilusionarle con el proyecto. Hemos hablado de cómo construir escenarios que faciliten la innovación y la creatividad para aprender a vivir con los cambios y a gestionar el caos”. **Armesto** continuó diciendo que “sólo serán rentables las empresas sostenibles”, y destacó que “hemos redescubierto que las empresas tienen sentimientos, lo que obliga la búsqueda de nuevas claves. La confianza y la reputación son los verdaderos activos de la empresa del futuro”.

Como conclusión personal, siendo ésta la primera vez que me acercaba a un foro no sanitario, animaros a que si tenéis ocasión lo probéis, los problemas son parecidos, los enfoques no. Se destila frescura y se busca perfeccionarse, compartir y mejorar. Felicitar por último al Club Financiero de Bilbao y a su presidenta **Ana Armesto** por el excelente trabajo realizado, sin duda a la altura de una gran organización como es CEDE.



## Representantes del mundo de la sanidad pública y privada debatieron en USP San Jaime en las Jornadas sobre Gestión de Hospitales Privados

El pasado viernes 15 de junio USP Hospital San Jaime fue sede de las Jornadas sobre Gestión de Hospitales Privados, organizada por SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud), con la colaboración de Bayer HealthCare y la aportación de varios hospitales y dirigentes de la Comunidad Valenciana y Región de Murcia. La inauguración de la jornada tuvo lugar a las 9.30 horas, y corrió a cargo del director gerente de USP San Jaime, **Roberto Ferrándiz**; **D Mariano Guerrero** como representante de SEDISA en la zona Levante y **Fernando Mesa**, presidente de la Unión Murciana de Hospitales.

Cerca de un centenar de invitados, pertenecientes al mundo de la sanidad pública y privada, debatieron durante aproximadamente 6 horas los ponentes ofrecieron una visión sobre las compañías aseguradoras médicas, los hospitales, conciertos con los servicios públicos y hasta un panorama sobre la realidad actual de la sanidad privada en España.

Las jornadas se iniciaron con el tema *“La relación entre aseguradoras y hospitales privados”*, actuando como moderador **Pedro Hernández**, director gerente de USP San Carlos, Murcia. Abrió esta primera mesa **Fidel Campoy**, director general de Salud de DKV, que aportó una visión basada en datos como que “el gasto sanitario se encuentra en España, en términos de participación en el PIB, en unos niveles sensiblemente inferiores a otros países de la UE”. En este sentido **Campoy** destacó que el crecimiento del gasto sanitario privado en nuestro país ha sido notable en la última década, pasando del 21,3 por ciento al 31,1 por ciento del gasto total. “El mercado de Seguros de Salud está formado por unas 101 entidades, el 94 por ciento especialistas en Salud, alcanzando una facturación por primas en 2005 de 4.490 millones de euros. Además agregó que las diversas

perspectivas del cliente son que piden libertad de elección, rapidez y trato personalizado, entre otras. Por su parte el segundo ponente, **Vicente Lafarga**, coordinador asistencial de la Zona de Levante de Adeslas, explicó cómo de un punto de partida en el que había hospitales aislados, compañías locales, escasez de información compartida, con una facturación al detalle, basados en un tratamiento manual de los datos y con unos objetivos alineados, se ha pasado a la situación actual que es la de grandes grupos hospitalarios, compañías de implantación nacional, negociaciones locales, a un flujo fluido de información mediante la figura de un coordinador hospitalario y al inicio de cambios en los sistemas de facturación. No obstante, **Lafarga** subrayó que ambos se encaminan a grandes grupos hospitalarios, a la concentración de las entidades, a negociaciones centralizadas, a los avances en sistemas de pago y a una cogestión económica, de proveedores y administrativa. Cerró esta primera mesa el jefe del Servicio de Cardiología de USP San Jaime, **Rafael Florenciano**, quien, como profesional, aportó un punto de vista basado en el médico como tal, basado en que las relaciones entre el médico y el paciente están cambiando (una mayor autonomía a nivel legal, como clientes exigen mejor información, trabajo en equipo), así como aquellas entre el médico y el proveedor y el médico y la aseguradora.

Durante la segunda mesa, moderada por **Sergio G. Vicente**, director gerente del Hospital Valencia al Mar, del Grupo Nisa, los ponentes hablaron sobre la relación entre la Sanidad Pública y los Hospitales Privados, profundizando sobre el papel de la privada y si es competencia o complemento de la primera. El turno lo abrió **José Luis Rey**, jefe de Área de Conciertos de la Comunidad, que recordó datos como del año 2006 desde la Conselleria de Sanidad

como que el gasto fue de 5.155 millones de euros, en conciertos 284 millones (un 5,52 por ciento), con un total de 7.000 usuarios beneficiados. Distinguió dos grandes tipos de prestaciones: en su totalidad con recursos ajenos o conjuntamente con recursos propio. A continuación **José Ruiz Ortega**, jefe de Servicio de Dirección de Prestaciones y Aseguramiento del Servicio Murciano de Salud, destacó que además de hablar de competencia o complemento, habría que decir mencionar también que el término “subsidiario”. Añadió a su exposición que la actividad concertada en la Región de Murcia cuenta con 1.352 camas (el 37 por ciento del total de las regionales), 32 quirófanos con 35.688 intervenciones, 364.000 estancias, 73.000 urgencias y 93.393 consultas, 118.000 Rx, 30.000 resonancias, 11.500 TAC, 116.000 sesiones de rehabilitación y un largo etcétera. Por su parte, **Juan Antonio Marqués**, director gerente del Hospital Universitario de Elche y último ponente de la segunda mesa, hizo referencia a utilizar recursos alternativos a las deficiencias existentes. Para **Marqués**, la colaboración entre la Sanidad Pública y la Privada debería pasar por normalizar la presencia del sector privado como proveedor de asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, así como “huir de un debate estéril y promover la complementariedad de ambos sectores para lograr una mayor eficiencia del SNS, bajo unos principios de lealtad recíproca, comunidad de intereses, cooperación, cohesión y calidad. Siempre situando al paciente en el centro del sistema.

La tercera y última de las mesas redondas de la jornada contó con la moderación de **Francisco Guirado**, director gerente del Hospital de Molina (Murcia), y versó sobre los Recursos Humanos y aquello que se está haciendo en los hospitales. Abrió el turno **Begoña Landazuri**, directora corporativa de RR.HH. de USP Hospitales, que habló de la situación externa con la que se enfrentan (carencia de profesionales, falta de homologación de títulos, problema del idioma, carrera dual y otros) y los puntos fuertes de la situación interna, como personal con mucha motivación, prestigio del hospital, medidas de motivación, sensación de garantía y estabilidad

laboral, mayor contratación indefinida, posibilidad de desarrollar un proyecto empresarial, y otros. Le siguió el director gerente del Hospital Torrevieja Salud, **Luís Barcia**, que dio un repaso al proceso de selección de personal realizado por el centro teniendo en cuenta “que se trata de un hospital nuevo, falta de personal sanitario especialmente facultativos, la localización geográfica del hospital como dificultad añadida, el 60 por ciento de clientes son extranjeros, y la necesidad de dedicar recursos humanos y materiales a la captación, para conseguir profesionales altamente cualificados y motivados”. Cerró la mesa el Director General de RR.HH. del Servicio Murciano de Salud, **Pablo Alarcón**, que también ahondó sobre la situación actual de profesionales sanitarios en su zona de influencia.

Para terminar las jornadas **Julio González Bebia**, director general de Áliad Calidad, ofreció una conferencia sobre el panorama de la Sanidad Privada en España. **Bebia** habló sobre la implantación de sistemas de gestión, el Programa de Sanidad Excelente Privada, la formación continua, los estudios específicos del sector sanitario, proyectos a medida de mejora como la calidad, medioambiente, seguridad información y atención al paciente.

Durante la clausura, el director gerente de USP San Jaime, **Roberto Ferrándiz Gomis**, hizo entrega a cada uno de los ponentes de un ejemplar del libro *Aprender de los mejores*, obra de **Gabriel Masfurroll**, presidente y consejero delegado de USP Hospitales.

## La gestión por procesos

### Su contribución a la excelencia y a la continuidad de la atención sanitaria

#### Introducción

El pasado 20 de abril de 2006 celebrábamos un Taller sobre la gestión por procesos: su contribución a la excelencia y a la continuidad de la atención sanitaria. (*Véase el documento completo en [www.periscopihos.org](http://www.periscopihos.org)*).

Mediante las aportaciones del Servicio Andaluz de Salud y de la compañía SIEMENS, pudimos contextualizar dos experiencias interesantes y estimulantes.

Los participantes tuvieron ocasión de proponer y discutir experiencias de diversos hospitales y comprobar la dificultad que conlleva poner en marcha una gestión por procesos en un hospital.

La gestión de los procesos, la gestión por procesos, los procesos de gestión, la reingeniería de procesos... son términos que se utilizan de forma indiscriminada y generan confusiones.

Los hospitales están desarrollando iniciativas encaminadas a mejorar la gestión de sus procesos e introduciendo modelos de gestión que impliquen a los clínicos en la gestión de sus servicios.

El abordaje de los procesos se realiza desde diferentes perspectivas: El Servicio Regional de Salud que lo impulsa, el equipo directivo del hospital que lo asume, los jefes de servicio que lo reclaman, pueden ser formas de entrada a la gestión de los procesos.

En algunas ocasiones el cambio se inicia por la voluntad o necesidad de certificar un proceso, un servicio o una función. En otras, el punto de partida es la utilización del modelo de excelencia empresarial (EFQM)?

**La clave está en conocer, comprender y compartir los conceptos, implantar los modelos de gestión**

#### mediante una correcta utilización de las herramientas y desarrollar la cultura de la excelencia en los hospitales

Los procesos seleccionados por los participantes para su discusión refuerzan la idea de complejidad de la gestión por procesos, dado que su naturaleza es diversa y las implicaciones internas muy diferentes, sobretodo por el alcance de los mismos.

Mientras en unos casos su implantación afecta a unos pocos, aunque los resultados los aprecia un gran número de personas; en otros, los conceptos que se introducen, y el gran número de personas afectadas, obliga a gestionar el cambio de una forma más precisa y con una metodología bien desarrollada

#### Conclusiones del taller y recomendaciones

Las diferentes aportaciones, tanto de los ponentes invitados como de los participantes en el mismo, nos proporcionan algunos elementos de reflexión sobre la difícil tarea de implantar una gestión por procesos.

Las principales **barreras** encontradas son:

1. *Adaptación de los sistemas de información.*
2. *Dificultad de llegar a consensos entre servicios centrales y unidades operativas.*
3. *Resistencia al cambio.*
4. *Recursos materiales y físicos escasos.*
5. *Redistribución del poder entre los clínicos.*
6. *Falta de planificación y previsión.*

Sin embargo, las **aportaciones** de una gestión de procesos, tanto asistenciales como de soporte, son importantes. En este sentido, cabe destacar:

1. *Unificación de metodologías en los diferentes ámbitos: conocer quién va a hacer qué, cómo y cuándo. Facilidad de elaborar vías clínicas. Facilidad para garantizar la continuidad asistencial.*
2. *Mejora de los resultados: eficacia, rapidez en la atención, capacidad para proporcionar respuestas urgentes.*
3. *Impacto poblacional: mayor confianza de los pacientes, mejora de la accesibilidad.*
4. *Mejora de la eficiencia: reducción de gastos innecesarios.*
5. *Ordenación de la información, con indicadores exigentes y con la posibilidad de ser más transparentes.*

Los resultados del taller nos permiten formular algunas recomendaciones, las cuales deberían integrarse en cualquier estrategia de gestión de procesos o de gestión por procesos.

Algunas tienen que ver con el propio proceso en sí mismo, otras afectan a la dirección de los centros de forma muy clara; sin ellas es difícil que el resto de la organización lo entienda y comprenda. En otro bloque, nos encontramos con los recursos necesarios para que un cambio de esta naturaleza no se quede en un experimento fallido.

En este sentido, proponemos 9 acciones a tener en cuenta en el momento de tomar la decisión de pasar de una gestión por funciones y atribuciones a una gestión por procesos, basada en misiones y contribuciones.

Con ello queremos resaltar que una iniciativa de esta envergadura no se puede abordar sin antes reflexionar sobre todos estos aspectos y tratarlos de forma integrada para que se conviertan en elementos facilitadores de la implantación

### **Cultura de la organización y valores compartidos**

El tema de los valores no puede dejarse como algo secundario. Es muy importante tratarlo de tal forma que se convierta en un elemento integrador. Los valores compartidos por los gestores y los clínicos son muchos más de los que se pueda imaginar.

Con ello, el cambio cultural es posible, pero el factor crítico de éxito está en compartir valores.

### **Gestión del cambio**

Existen diversas aproximaciones para gestionar de forma inteligente los cambios en las organizaciones. Pasar de funciones a procesos es un cambio radical que requiere una metodología sistemática y continua. La clave está en compartir la necesidad del cambio. Si esto no se da, es muy difícil que se pueda avanzar de forma rápida.

### **Alcance de la gestión por procesos: procesos de gestión o procesos asistenciales**

Si separamos o dividimos los procesos con esta terminología, vamos a continuar creando fronteras. Es muy importante no crear dicotomía de procesos para que se pueda visualizar el conjunto por todos los que intervienen en el proceso. La integración es un factor clave que ayuda a comprender el alcance del modelo.

### **Ejecución impecable y utilización de herramientas adecuadas**

La forma de ejecutar una iniciativa de estas características es otro factor crítico de éxito. En este caso, la utilización de herramientas, metodologías, etc., ha de ser muy rigurosa y la planificación de actividades, con la gestión del tiempo asociada, ha de ser impecable.

### **Integración de procesos más allá del hospital.**

Para conseguir que la continuidad de la atención se convierta en una realidad, no es posible terminar el proceso en el momento del alta. Aunque no exista una gestión integrada de la atención hospitalaria y de la atención primaria, se han de poder vencer las barreras de la comunicación entre los dos ámbitos.

### **Desarrollo de nuevas habilidades directivas: negociación**

Tanto los clínicos con responsabilidades de gestión, como los gestores, han de desarrollar las habilidades de negociación. Dichas habilidades son clave en un entorno de cambio y, en esta situación, el cambio se ha de plantear como algo radical.

### **Trabajo interdisciplinar: Aprender a compartir. Comunicación**

Decidir en equipo, como base del trabajo interdisciplinar, requiere compartir y comunicar, lo cual se convierte, junto con la negociación, en otro elemento clave para avanzar en la difícil tarea de convertir las funciones en procesos.

### **Normalización**

Identificar y definir procesos puede parecer algo aburrido y monótono, sin que parezca que aporte valor, pero sólo si lo hacemos podremos reducir la variabilidad de la práctica profesional y garantizar la eficacia, la eficiencia y la seguridad de los procesos.

### **Utilización de las tecnologías de la información y comunicación**

En este caso han de ser un soporte, pero son una necesidad si de verdad, aspiramos a que la gestión por procesos produzca los cambios esperados.

## La excelencia en el sector sanitario ISO 9001

Autor: Rajaram Govindarajan

>> J. V.

Los directores y gerentes tienen mucho de qué beneficiarse implantando un sistema de gestión de la calidad, ya que éste les aporta una gran metodología para gestionar su organización. El sistema de gestión orienta el trabajo de todo el personal hacia los objetivos de la organización, aumentando la participación e implicación del personal médico en las áreas de gestión y mejora, favoreciendo el trabajo en equipo y la motivación del resto del personal. El sistema de gestión de la calidad mejora la definición de las responsabilidades, eliminando la posibilidad de conflictos entre personal, y aumenta la eficiencia interna. Un sistema bien implantado reduce los costes. Las mejoras de planificación y coordinación entre personal que se consiguen reducen plazos y tiempos de espera de los pacientes. El sistema también mejora la calidad de la información y las maneras en que ésta se comunica, lo que aumenta la percepción de calidad por parte de los pacientes.



El libro proporciona una receta para atacar múltiples problemas con un modelo organizativo básico: 1. Una gestión por procesos; 2. Incorporación de *Failure Mode and Effects Analysis* para asegurar la seguridad de los pacientes; 3. Incorporación de Seis Sigma para ayudar a optimizar los procesos, reduciendo plazos y costes; y 4. Conocimiento adecuado para implantar y mantener un sistema de gestión que permita obtener el certificado ISO9001.

El libro está escrito con esquemas para una fácil comprensión, presentando ejemplos reales. El libro advierte de los errores comunes y presenta sugerencias para evitarlos. Está escrito para los directores gerentes de los hospitales, directores médicos, directores y coordinadores de Calidad, jefes de Servicios Médicos, directores de Enfermería y médicos, entre otros.

## 36 Estratagemas para directivos

Autor: Harro von Senger  
Traducción: Esther Poblete

Primera edición 2007. Editorial Deusto. Páginas: 200

>> D. C. M.

Se trata de un libro introductorio a la ciencia china de la estratagema. Como indica el autor, dicha palabra, "estratagema", se asocia inconscientemente a la astucia o el engaño. La connotación negativa que acompaña a la palabra astucia favorece el uso de la palabra estratagema pero el autor insiste en que cabe deslindar la palabra astucia de cualquier sensación y en especial de la idea de engaño ya que dicha asociación la limita. En realidad la astucia es para Harro von Senger: "Crear algo excepcional para conseguir una victoria".



El autor ofrece un sistema mental de orientación con siglos de antigüedad, basado en la filosofía china.

Escribe el autor: "Este sistema procede <<del pueblo de los mil millones>> y le ayudará a no perder el rumbo en un mundo que se presenta confuso. En la forma resumida en la que aparece aquí puede ayudar a los directivos occidentales a adquirir un punto de vista ingenioso y nuevo para ellos con respecto a circunstancias antiguas y nuevas, y a sucesos pasados y futuros"

Harro von Senger divide el libro en las siguientes partes:

- La cumbre mundial de la economía del año 2050 en Shanghai.
- Las 36 estratagemas.
- Las imágenes de la astucia.
- La dieciséis bases fundamentales de la ciencia de la estratagema.
- La enseñanza de las estratagemas.
- Estratagemas de la ocultación.
- Estratagemas del fingimiento.
- Estratagemas de la revelación.

- Estratagemas económicas.
- Concatenación de estratagemas.
- Estratagemas de huida.

*La ceguera ante la astucia se caracteriza por la incapacidad de reconocerla..."*

El autor sostiene que en la China existe desde la infancia un contacto con leyendas e historias en donde la estratagema forma parte del núcleo de la acción. El contacto, desde la más remota infancia, con dicho conocimiento, educa a los chinos en el arte de la estratagema, lo cual les da una templanza y una visión casi "genética" de las situaciones.

El autor sigue, en cada una de las estratagemas desarrolladas un mismo esquema. Según él, cada profesional, directivo, puede ser el sujeto activo, el que la desarrolla, o el pasivo, convirtiéndose en víctima de la acción. Así plantea la estratagema, tal cual se describe, el radio de acción de la estratagema, la prevención contra la estratagema, el riesgo de la estratagema y finalmente ilustra el texto con ejemplos.

El texto presenta la astucia como una manera de ver, una visión que permite comprender muchos fenómenos económicos y clasificarlos utilizando otros criterios de estructuración.

La perspectiva cambiante permite al lector ver otras caras de la misma circunstancia. Ello, para el directivo, lejos de ser un juego de espejos, resulta indispensable. La diferencia entre los directivos occidentales y los chinos radica, precisamente, en el uso de la astucia. Un libro sobre China escrito por uno de los autores con más reputación.

## La intuición en la empresa

Autores: José Enebral, Beatriz Valderrama  
Primera edición 2007. Ediciones Gestión 2000. Páginas: 154

>> D.C.M

Situados en el entorno de la empresa, el libro trata del conocimiento oculto que todos tenemos dentro y que nos da información para tomar decisiones, aunque no siempre se le preste la atención suficiente. Parece que cuando se trata de empresas y organizaciones lo racio-

nal toma la delantera pero según los autores ello no siempre resulta lo mejor. La intuición es un elemento esencial.

*"La historia nos proporciona casos diversos y numerosos en que decisiones u opiniones contra corriente se mostraron acertadas y asimismo otros en que la contundencia de la razón imperante condujo al error o al fracaso; así ocurre desde luego en el mundo empresarial, donde el análisis de éxitos y fracasos es, no obstante muy complejo".*

Los autores dividen el libro en doce capítulos:

- Qué entendemos por intuición.
- La intuición en trabajadores y directivos.
- Cuatro variables cardinales.
- Autoevaluación: ¿favorezco la contribución intuitiva?
- La intuición en la nueva economía.
- La intuición, la información y las realidades.
- La intuición en la toma de decisiones.
- La intuición en la innovación.
- La intuición en la comunicación.
- Autoevaluación: ¿aprovecho mi potencial intuitivo?
- Cultivo y desarrollo de la intuición.
- En el camino del éxito.



El libro es una reflexión sobre los "fenómenos intuitivos". La intuición elemento aplicable a todas las áreas de la empresa cabe desarrollarla y educarla, tomarla en cuenta. Los autores son conscientes que en el mundo empresarial, el mundo de las organizaciones, se trabaja con conocimientos, con estrategia, con la capacidad de ver que demanda el mercado, o de crear algo que se intuye útil.

*"Ciertamente, la intuición ha acompañado a muchos científicos, expertos y emprendedores, que se han apoyado en sus conocimientos para generar otros nuevos: para ampliar, extender, hacer crecer sus campos respectivos. Todo lo nuevo ha de construirse sobre lo ya existente [...] hemos querido describir el escenario empresarial en que la intuición se convierte en un complemento sinérgico de la inteligencia..."*

La intuición es una facultad que, situados en un extremo deformado del fenómeno, no se puede asemejar a la videncia ni a la telepatía.

La intuición se manifiesta a partir de numerosas fuentes de información no siempre tangibles, pero sí que van formando una red de conectores entre lo consciente y lo inconsciente. La intuición es de ámbito particular del individuo y como es bien sabido, cada persona es diferente. Por tanto, también lo son sus procesos intuitivos y de conducta.

Para los autores, la intuición de cada uno alimenta su reacción ante determinadas circunstancias, le apunta soluciones, le advierte de los peligros, le relaciona con buenos y malos presagios, en definitiva le aporta una experiencia que irá acumulando en este espacio en donde cabe siempre estar atento.

## Liderazgo afectivo

Autor: Albert J. Jovell

Primera edición 2007. Alienta Editorial. Páginas: 228

>> D.C.M

El autor se adentra en el concepto práctico del liderazgo afectivo partiendo de una base científica y trabajos de campo elaborados y diseñados para corroborar aquello que narrativamente puede resultar atractivo pero sobre la realidad del día a día, aparecer como poco práctico. Ello evita el clásico dicho: "esto es muy teórico" o "en la práctica esto no es aplicable".



Escribe el autor: *"El concepto de gestión basada en estudios científicos surge del concepto de medicina basada en la evidencia científica, popularizado en los últimos quince años.*

*Según este concepto, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades debe estar basado en estudios científicos que hayan demostrado en condiciones experimentales la eficacia de los tratamientos a utilizar".* Una fórmula necesaria para convertir el proceso de toma de decisiones en pasos apoyados en el método científico.

El libro se divide en tres capítulos básicos:

- Capítulo 1: Sobre afectos y liderazgo.
- Capítulo 2: El universo afectivo.
- Capítulo 3: decálogo del liderazgo afectivo.

Una de las características del libro es su enorme diversidad y cantidad de ejemplos que conforman los argumentos desarrollados. Según afirma el autor, el libro se basa en más de 3.000 estudios científicos. Ello avala más allá de lo narrativo las recomendaciones y conclusiones que en él expone.

Jovell se apoya en el concepto de liderazgo humano en la gestión. Los componentes emocionales de la gestión hoy son indiscutibles para cualquier profesional que haya sido gestor, que haya tenido responsabilidades directivas. En cada decisión se activan numerosos pilotos que conducen a que la decisión, la orden, resulte más o menos efectiva. Pilotos que no sólo forman parte del gestor, sino también del receptor. Ambas emocionalidades entran en contacto conformando dimensiones afines o conflictivas. Su conocimiento permite establecer relaciones empresariales más sanas.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN **SEDISA****Datos Personales**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_  
 NIF: \_\_\_\_\_  
 Titulación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 CP: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

**Datos Profesionales**

Empresa: \_\_\_\_\_  
 Actividad de la empresa: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 CP: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

**Domiciliación Bancaria**

Banco: \_\_\_\_\_

Entidad:      
 Sucursal:      
 D.C.:    
 N de cuenta:

Cuota anual: 45€

Firma: \_\_\_\_\_

Enviar este formulario a: **SEDISA**  
 Calle Jazmín, 52B bajo - 28033 Madrid  
 Tel. +34 902 50 18 69 Fax: +34 902 50 18 71  
 E-mail: [sanicongress.madrid@ferpuser.com](mailto:sanicongress.madrid@ferpuser.com)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN **SEDISA****Datos Personales**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_  
 NIF: \_\_\_\_\_  
 Titulación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 CP: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

**Datos Profesionales**

Empresa: \_\_\_\_\_  
 Actividad de la empresa: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 CP: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

**Domiciliación Bancaria**

Banco: \_\_\_\_\_

Entidad:      
 Sucursal:      
 D.C.:    
 N de cuenta:

Cuota anual: 45€

Firma: \_\_\_\_\_

Enviar este formulario a: **SEDISA**  
 Calle Jazmín, 52B bajo - 28033 Madrid  
 Tel. +34 902 50 18 69 Fax: +34 902 50 18 71  
 E-mail: [sanicongress.madrid@ferpuser.com](mailto:sanicongress.madrid@ferpuser.com)



# periscopios

Observatorio de la innovación en gestión hospitalaria

La gestión hospitalaria necesita continuidad y estabilidad para que los profesionales consoliden resultados.

**Periscopios**, el observatorio de la innovación en gestión hospitalaria, apuesta por ello, por eso llevamos 4 años contribuyendo a la mejora del profesionalismo de los equipos directivos de los hospitales mediante: información, experiencias innovadoras, networking, talleres presenciales y comprobando el pulso del sector.

**Ahora, con la colaboración de SEDISA ampliaremos el horizonte**

*Participando activamente,*  
encontrarás respuestas a tus inquietudes

*Compartiendo experiencias,*  
accederás a un nivel mayor de conocimiento

*Adaptando soluciones*  
de otros sectores aumentarás el grado de innovación

Es una iniciativa de

**AMGEN**

dos compañías comprometidas con la innovación y el conocimiento

**ANTARES**  
consulting 

Con la colaboración de

**SEDISA**  
Sociedad Española  
de Directivos de la Salud

**sedisa**



# 16 CONGRESO NACIONAL DE *Extremadura*'09 HOSPITALES



MAYO'09

Atención Sanitaria Integrada. Curar y Cuidar



Secretaría Técnica: **SANI-CONGRESS®**  
c/Jazmín, 52 B - Bajo. 28033 Madrid - ESPAÑA  
tel. 902 190 848 / fax 902 190 850  
e-mail: [sanicongress@16congresohospitales.com](mailto:sanicongress@16congresohospitales.com)  
[www.16congresohospitales.com](http://www.16congresohospitales.com)

