

**Javier Cabo Salvador
(Director)**

**GESTIÓN DE LA CALIDAD
EN LAS
ORGANIZACIONES SANITARIAS**

FUNDACIÓN MAPFRE



Director de la obra

Javier Cabo Salvador (*Capítulos: 1, 8, 9, 10, 12, 17, 21, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 34*)

Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Autónoma de Madrid. Vocal Asesor, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Jefe Clínico de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario La Paz, Madrid. Funcionario de Carrera, escala A, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Máster en Gestión Sanitaria Universidad de Filadelfia. Máster en Alta Dirección de Servicios de Salud y Gestión Empresarial. Máster en Calidad de las Organizaciones Sanitarias. Título de Experto en Gestión de Servicios Médicos. Título de Experto en Dirección de Hospitales. Profesor del Departamento de Teoría de la Señal y Comunicaciones, Escuela Técnica Superior de Ingeniería de Telecomunicaciones Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. Profesor de Cirugía Cardiorábrica Universidad de Berlín, Alemania. Profesor de Cirugía Cardiorábrica de la Universidad Católica San Antonio, Murcia. Profesor de la Universidad CEU-San Pablo, Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Profesor Honorario Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid. Director Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad a Distancia de Madrid, UDIMA. Director del Máster Profesional en Gestión Sanitaria del Centro de Estudios Financieros. Director del Máster Universitario en Gestión Sanitaria de la Universidad a Distancia de Madrid. Presidente de la International Association of Cardiac Surgeons. Patrono y Socio Fundador de la Fundación de Ingeniería Biomédica y Tecnologías Sanitarias. Socio Fundador de la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA) (www.udima.es).

Índice de autores

Javier Agudo Díaz (*Capítulo: 23*)

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina del Trabajo. Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales. Responsable del Área Médica del Servicio de Prevención Propio de la Sociedad de Prevención de Fraternidad Muprespa. Profesor del Máster de Prevención de Riesgos Laborales y del Máster de Gestión Integrada de la Universidad a Distancia de Madrid UDIMA. Profesor del Máster Profesional en Gestión Sanitaria del Centro de Estudios Financieros. Ex Jefe del Departamento de Prevención de Madrid de Telefónica de España.

Jesús María Aranz Andrés (Capítulo: 33)

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Especialista en Medicina del Trabajo. Máster en Gestión Gerencial Hospitalaria (EADA). Máster Internacional en Medicina Humanitaria. Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana. Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Director del Máster de Seguridad del Paciente y Calidad asistencial de la Universidad Miguel Hernández. Colaborador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, en materia de formación e investigación en seguridad de pacientes. Director del ENEAS: Estudio Nacional sobre Eventos Adversos en hospitales. Director del APEAS: Estudio Nacional sobre Eventos Adversos en Atención Primaria. Director del estudio IBEAS para la Seguridad del Paciente en Latinoamérica. Miembro fundador del proyecto IDEA: Identificación de Efectos Adversos. Ex Presidente de la Sociedad Valenciana de Medicina Preventiva y Salud Pública. Miembro del Consejo Científico del INACEPS (Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias) de la Generalitat Valenciana.

Miguel Angel Asenjo Sebastián (Capítulo: 3)

Profesor emérito de la Universidad de Barcelona (UB). Asesor científico del Instituto de Formación continua (IL3-UB). Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna y en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Economía y Dirección de Empresas. Titulado en gerencia hospitalaria. Director-gerente de los hospitales de la Diputación de Jaén (1966-1968). Director-gerente de los Hospitales de la Diputación de Asturias (1968-1971). Director general del Hospital Clínico de la UB de Barcelona (1971-1983) y Director Técnico (1983-2006). Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la UB y catedrático acreditado por ANECA (1986-2010). Fundador y Director del Máster de Gestión Hospitalaria y de Servicios sanitarios de la UB (1986-2010). Ex consultor de la OPS/OMS y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Ha dirigido 20 tesis doctorales sobre planificación y gestión sanitaria, ha escrito 5 libros, 8 monografías, 52 capítulos de libro y publicado más de 400 artículos de la especialidad. Es miembro numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña desde 1994 y ha sido distinguido con la Insignia de Oro del Hospital Clínic de Barcelona, la Orden Civil de Sanidad de España, el premio Pfizer a la excelencia en gestión clínica, el premio mundial Ed Crosby 1999 a la innovación en gestión otorgado por la Federación Internacional de Hospitales y la Medalla Josep Trueta al mérito sanitario de la Generalidad de Cataluña. Es socio de Honor de la Sociedad Española de Directivos Sanitarios (SEDISA) y en el Congreso Nacional de Hospitales (2009) se le tributó un homenaje en reconocimiento a su ejemplar trayectoria profesional.

Pilar Blanco Cornejo (Capítulo: 18)

Licenciada en Derecho por la Universidad de Granada. Máster en Derecho y Negocio Marítimo IME-ICADE. Máster en Sistemas de Gestión de Calidad. Gerente de INNOCAMB Consulting de Gestión Madrid e INNOCAMB Ecuador.

María Antonia Bellmont Lerma (Capítulos: 1, 10, 12, 29, 30, 31, 34)

Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Complutense de Madrid. Funcionaria de Carrera, escala A, Cuerpo Superior de Inspectores de Seguros del Estado,

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad. Auditora de Cuentas (ROAC) del Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas (ICAC). Instituto de Estudios Fiscales y Escuela de Hacienda Pública. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Javier Cabo Salvador (*Capítulo: 1, 8, 9, 10, 12, 17, 21, 24, 25, 26, 26, 30, 31, 34*)

Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Autónoma de Madrid. Vocal Asesor, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Jefe Clínico de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario “La Paz”, Madrid. Funcionario de Carrera, escala A, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Máster en Gestión Sanitaria de la Universidad de Filadelfia. Máster en Alta Dirección de Servicios de Salud y Gestión Empresarial. Máster en Calidad de las Organizaciones Sanitarias. Título de Experto en Gestión de Servicios Médicos. Título de Experto en Dirección de Hospitales. Profesor del Departamento de Teoría de la Señal y Comunicaciones, Escuela Técnica Superior de Ingeniería de Telecomunicaciones, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. Profesor de Cirugía Cardiorrástica de la Universidad de Berlín, Alemania. Profesor de Cirugía Cardiorrástica de la Universidad Católica San Antonio, Murcia. Profesor de la Universidad CEU-San Pablo. Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Profesor Honorario Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid. Director Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad a Distancia de Madrid, UDIMA. Director del Máster Profesional en Gestión Sanitaria del Centro de Estudios Financieros. Director del Máster Universitario en Gestión Sanitaria de la Universidad a Distancia de Madrid. Presidente de la International Association of Cardiac Surgeons. Patrono y Socio Fundador de la Fundación de Ingeniería Biomédica y Tecnologías Sanitarias. Socio Fundador de la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA) (www.udima.es).

Javier Cabo Muiños (*Capítulos: 29, 30*)

Licenciado en Dirección y Administración de Empresas, Facultad de Ciencias del Seguro, Jurídicas y de la Empresa, Universidad Pontificia de Salamanca, Madrid. Licenciado en Ciencias Actuariales y Financieras, Facultad de Ciencias del Seguro, Jurídicas y de la Empresa, Universidad Pontificia de Salamanca, Madrid. Licenciado en Ciencias Empresariales, Facultad de Ciencias del Seguro, Jurídicas y de la Empresa, Universidad Pontificia de Salamanca, Madrid. Miembro del Departamento de Actuariales de Verti Seguros. Ex Fellow del Actuarial Department, Groupama UK, London, UK.

Verónica Cabo Muiños (*Capítulos: 8, 10, 12, 29, 30, 34*)

Licenciada en Farmacia, Universidad Complutense de Madrid. Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Virgen de la Salud, SESCAM, Toledo.

Pablo Calvo Sanz (*Capítulo: 6*)

Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología, sección Sociología, por la Universidad Complutense de Madrid. Director de Gestión y Servicios Generales del Hospital “Ramón y Cajal”

de Madrid. Máster en Dirección de Instituciones Sanitarias (P.D.I.S. II). Funcionario (por oposición) del Cuerpo Técnico de la Función Administrativa del Instituto Nacional de la Salud. Ex Subdirector de Gestión y Servicios Generales en el Hospital “Puerta de Hierro” (1990-1993). Ex Director de Gestión y Servicio Generales en el Hospital “Severo Ochoa” de Leganés (1993-1996). Ex Subdirector General de Gestión de Personal del INSALUD (1996-2001). Ex Subdirector General de Relaciones Laborales del INSALUD (2001-2002). Ex Subdirector General Adjunto del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) (2002-2003). Ex Director de Gestión de Recursos Humanos en el Hospital “La Paz” de Madrid (2003-2004).

Carlos de Castro Lozano *(Capítulo: 25)*

Doctor en Ciencias por la Universidad de Córdoba. Catedrático del Área de Ingeniería de Sistemas y Automática, Universidad de Córdoba. Director del grupo de Investigación EATCO (Enseñanza y Aprendizaje por Tecnologías de la Comunicación) de la Universidad de Córdoba. Director científico del “Centro para la Innovación Tecnológica en Contenidos Digitales (CITEC)” de la Universidad de Córdoba. Director del Centro de Tecnología Industrial de la Universidad de Córdoba. Coordinador de la Red EVA (Espacios Virtuales de Aprendizaje) de la Universidad Internacional de Andalucía (UNIA). Miembro ejecutivo de la Red Auti de la CYTED. Presidente de la Fundación Red Especial España (FREE). Director Científico del Centro de Producción Multimedia para la Televisión Interactiva (CPMTI) del Centro de Innovación Multimedia y Animación (CIMA), de la Universidad de Córdoba. Responsable científico del proyecto de Fondos Tecnológicos Europeos IPTV 3D 3I financiado por el CDTI.

Isabel de la Torre Díez *(Capítulo: 24)*

Doctora por la Universidad de Valladolid. Ingeniera de Telecomunicación para la Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación de la Universidad de Valladolid. Profesora Contratada Doctor del Departamento de Teoría de la Señal, Comunicaciones e Ingeniería Telemática de la Universidad de Valladolid.

Ricardo de Lorenzo y Montero *(Capítulos: 4, 5)*

Socio Director del bufete De Lorenzo Abogados. Licenciado en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid. Postgrado en la City of London Polytechnic Guildhall University, Londres, Inglaterra. Miembro del Comité de Presidentes de la Asociación Mundial de Derecho Médico. Miembro del Comité de Presidentes de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario. Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario. Académico Correspondiente Honorífico de la Real Academia Nacional de Medicina.

María del Carmen Fuente Blanco *(Capítulo: 20)*

Supervisora de Calidad del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Magister en Gestión de la Calidad en Organizaciones Sanitarias y Sociosanitarias dentro del European Masters Programme in Foundation for Quality Management de la Universidad Complutense de Madrid. Título Superior Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma de Madrid. Tí-

tulo Especialista en Gestión de Servicios Sanitarios por la Universidad Autónoma de Madrid. Grado en Enfermería por la Universidad de Valladolid

Susana García Boró (*Capítulo: 14*)

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Salud Pública. Experta Europea en Gestión de la Calidad en el Sector Sanitario, Certificada por la European Organization for Quality en el nivel de Gestor de los Sistemas de Calidad en el Sector Sanitario EOQ. Experiencia clínica como médico de familia en Equipo de Atención Primaria y en gestión como Asesora Técnica en distintos niveles de la Administración. Experta internacional en consultoría, dirección y asesoramiento de proyectos de Reforma del Sector Salud, Evaluación de Servicios y Gestión de Calidad en diversos países latinoamericanos. Experiencia docente a nivel nacional e internacional, específicamente en Gestión de Calidad. Dirección de estudios de investigación en el campo de la clínica, la epidemiología, la gestión sanitaria, la calidad de la atención y la satisfacción de usuarios.

Enrique García Salcines (*Capítulo: 25*)

Licenciado en Ciencias Físicas y Doctor en Ingeniería Informática por la Universidad de Córdoba. Profesor del Departamento de Informática de la Universidad de Córdoba. Director de I+D+i de la empresa de base tecnológica CPMTI. Cofundador de las empresas de base tecnológica TECH Sinergia y Seguridad Perimetral. Miembro del grupo de investigación EATCO (TIC 183) de la Universidad de Córdoba.

Eduardo García Jiménez (*Capítulo: 34*)

Licenciado en Medicina y Cirugía, Universidad de Murcia. Médico Especialista en Cardiología. Jefe de la Unidad de Cardiología, Hospital NISA Pardo de Aravaca, Madrid. Comandante Médico por oposición en excedencia, Ministerio de Defensa. Facultativo Especialista de Área de la Seguridad Social en excedencia.

Marta González Contreras (*Capítulo: 20*)

Coordinadora Calidad del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Grado de Licenciado en Farmacia por la Universidad Complutense de Madrid. Magister en Gestión de la Calidad en Organizaciones Sanitarias y Sociosanitarias dentro del European Masters Programme in Foundation for Quality Management y la Universidad Complutense de Madrid. Título de Especialista Universitario en Acreditación de Centros y Servicios Sanitarios por la Universidad de Valladolid y la Joint Commission International.

Alberto Guerra López (*Capítulos: 16, 17*)

Licenciado en Derecho, Universidad de Valladolid. Director de Castilla y León del Grupo BLC. Máster en Técnicas de Gestión y Marketing Empresarial. Máster en Dirección de Recursos Humanos. Máster en Prevención de Riesgos Laborales. Evaluador del modelo EFQM

de excelencia empresarial. Responsable de la implantación de sistemas OHSAS de seguridad y salud.

Jesús María Herreros González (*Capítulos: 8, 9, 10, 12, 24, 31, 34*)

Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad de Navarra. Médico Especialista en Cirugía Cardiovascular. Catedrático de Cirugía Cardiovascular y Torácica. Director de la Cátedra de Ingeniería Biomédica y Tecnologías Sanitarias, Universidad Católica San Antonio (UCAM), Murcia. Director Unidad Quirúrgica Cardiovascular, Hospital NISA Pardo de Aravaca, Madrid. Patrono y Socio Fundador de la Fundación de Ingeniería Biomédica y Tecnologías Sanitarias. Director Médico de Medical Technology (www.ihm-medical.com). Ex Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular de la Clínica Universitaria de Navarra.

Ana María Lobato Peño (*Capítulo: 20*)

Jefe del Servicio de Información y Atención al Paciente de la Fundación Jiménez Díaz. Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid. Dirección de Servicios Integrados de Salud en ESADE Business School. Máster en Prevención de Riesgos Laborales. Máster en Relaciones Laborales por la Universidad Complutense de Madrid.

Miguel López-Coronado (*Capítulo: 24*)

Doctor Ingeniero de Telecomunicación por la Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación, Universidad Politécnica de Madrid. Catedrático de Universidad de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación de la Universidad de Valladolid.

Alberto Martín Caballero (*Capítulo: 21*)

Arquitecto Superior por la Universidad Politécnica de Madrid con la calificación de Matrícula de Honor. Máster en Dirección de Empresas Constructoras e Inmobiliarias por la Universidad Politécnica de Madrid. Premio LEED ORO a la eficiencia y sostenibilidad otorgado por el U.S. GREEN BUILDING COUNCIL al Centro comercial Zielo, que también obtuvo el primer premio AECC al mejor centro comercial en su categoría en el año 2010. Otros proyectos destacados son El Parque Empresarial La Finca, El Club Deportivo Reebok La Finca y Madrid y más de 500 viviendas unifamiliares y colectivas en la urbanización La Finca.

Inmaculada Mora Jiménez (*Capítulo: 26*)

Ingeniera de Telecomunicación por la Universidad Politécnica de Valencia. Doctora Ingeniera de Telecomunicación por la Universidad Carlos III de Madrid. Profesora Titular del Departamento de Teoría de la Señal y Comunicaciones de la Universidad Rey Juan Carlos. Subdirectora de Postgrado y Relaciones Internacionales de la ETSI Telecomunicación de la Universidad Rey Juan Carlos.

José Ramón Mora Martínez (*Capítulo: 13*)

Graduado en Enfermería. Diploma de Estudios Avanzados en Innovación y calidad por la Universidad Autónoma de Madrid y Máster en Gestión de Servicios Sanitarios. Jefe de Servicio de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios de la Escuela Nacional de Sanidad. Profesor de planificación y calidad en los servicios de salud en cursos de postgrado de la Escuela Nacional de Sanidad. Ex Director Gerente de hospitales públicos y privados. Actualmente es Secretario Académico del Máster Universitario de Administración Sanitaria (UNED) y Codirector del Máster de Dirección Médica y Gestión Clínica UNED/ENS. Participa como director en proyectos de rediseño de unidades y servicios clínicos.

Luis Morell Baladrón (*Capítulo: 7*)

Licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid. Título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Área de Tecnologías de la Información del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Máster en Economía de la Salud y Gestión de Servicios Sanitarios. Premio *Diario Médico* 1998 a la Gestión en Atención Primaria. Premio Especial 2001 a la Gestión de la Docencia. Premio Nacional de Informática y Salud 2006, de la Sociedad Española de Informática de la Salud. Premio al proyecto del Año. Premios 2007 Computing. Ex Subdirector General de Sistemas de Información, de la Dirección General de Informática, Comunicaciones e Innovación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Ex Subdirector Médico de Atención Primaria del Área 10 de la Dirección Territorial de Madrid. Ex Director Gerente del Sector 2 de Madrid. Ex Director Gerente de Atención Primaria del Área 6 de Madrid. Ex Coordinador de Planificación e Innovación Tecnológica de la Dirección de Planificación Sanitaria, Innovación Tecnológica y Sistemas de Información.

Miguel Noblejas Castellanos (*Capítulo: 18*)

Licenciado en Ciencias Biológicas por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Auditorías y Gestión Medioambiental. Máster en Gestión Sanitaria. Auditor de Sistemas de Gestión de Calidad, Medioambiente e I+D+i en AENOR. Validador y Evaluador (+300, +400 y +500) del modelo EFQM-Club de Excelencia en Gestión. Ex Gerente en el Hospital San Francisco de Quito-Grupo Hospitalario Quirón, Ecuador. Ex Director de Calidad y Atención al Usuario en el Hospital General de la Mancha Centro-SESCAM. Adjunto a Director Gerente Territorial-Grupo Hospitalario Quirón.

Luis Ángel Oteo Ochoa (*Capítulo: 13*)

Licenciado en Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid. Jefe del Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios, Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. Especialista en Neumología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. Especialista en Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. Doctorado en Medicina y Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Extremadura. Facultativo Especialista de Área en Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Diplomado en Dirección

Hospitalaria, Escuela de Gerencia Hospitalaria, Ministerio de Sanidad y Consumo. Máster en Dirección Técnica y Producción, Instituto Directivos de Empresa. Máster en Administración y Dirección de Empresas (MADE), Instituto Universitario de Administración y Dirección de Empresas ICADE, Universidad Pontificia de Comillas. Diplomado en Integración Europea. Programa Europeo ERASMUS, ICADE, CEOE. Diplomado en Dirección General. PDG. IESE Business School, Universidad de Navarra, Madrid. Ex Director Gerente del Hospital General y Materno-Infantil Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, INSALUD, Badajoz. Ex Director Gerente, Hospital Lope de Rueda (Ibiza), INSALUD, Madrid. Asesor Gabinete Técnico, Subdirección General de Atención Hospitalaria, Dirección General de INSALUD, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. Ex Subdirector General de Ordenación de Compras e Instalaciones, Dirección General de Recursos Humanos, Suministros e Instalaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. Ex Viceconsejero de Régimen Económico, Administración y Servicios, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Ex Jefe de Área de Programación Sanitaria, Subsecretaría de Sanidad y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo. Ex Director General de Estudios y Análisis de Recursos y Organización Sanitaria, Consejería de Salud, Comunidad Autónoma de Madrid. Ex Director General de Salud, Consejero Delegado del Servicio Regional de Salud, Consejería de Salud, Comunidad Autónoma de Madrid. Ex Jefe de Servicio de Programación y Coordinación de Programas, Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de Madrid.

Pedro Domingo Pérez González (*Capítulo: 15*)

Ingeniero Superior Industrial por la Universidad Politécnica de Madrid. PDD por IESE Business School-Madrid-Universidad de Navarra. Project Management Professional (PMP) por el Project Management Institute (PMI) de EE UU. Coach Ejecutivo por la Escuela Europea de Coaching de Madrid y Coach de Equipos por las Escuelas ISAVIA y Lider-Haz-Go. Actualmente es socio de las empresas de consultoría PMA Project Management Asesores y MDS Marketing y Fidelización, así como socio fundador de la compañía BETQoLife (Qoo-life). Ha sido: Subdirector de Operaciones de la compañía de seguros de salud ADESLAS, donde desempeñó también los cargos de Jefe de Calidad, y Jefe de Organización, Servicios Generales y Compras, Director de Operaciones y Medios en GRUPO BBV ADESLAS SALUD (Argentina). Jefe de Proyecto en la construcción y arranque del Hospital de la Ribera (Alzira). Jefe de Proyectos Informáticos en diario *El País*. Consultor senior en Andersen Consulting. Inspector de Equipos en TECNATOM. Supervisor de Montajes Mecánicos en Empresarios Agrupados en la construcción de la Central Nuclear de Trillo (Guadalajara, España).

José Miguel Ramírez Uceda (*Capítulo: 25*)

Ingeniero Técnico Industrial, especialidad Electrónica Industrial, Universidad de Córdoba. Máster en Comercio Exterior e Internacionalización de Empresas. Consultor Certificado Siebel Oracle, Madrid. Consultor Certificado Scala en Scala Maastricht. Director General de CPMTI. Ex Socio Director de Efitex Network Solutions. Ex Socio Director de Lost Simetry. Investigador del Grupo de Investigación EATCO.

Javier Ramos López (*Capítulos: 10, 26*)

Ingeniero Superior de Telecomunicaciones por la Universidad Politécnica de Madrid. Doctor Ingeniero Superior de Telecomunicaciones por la Universidad Politécnica de Madrid. Catedrático de la Escuela de Ingeniería de Telecomunicación de la Universidad Rey Juan Carlos. Director de la Escuela de Ingeniería de Telecomunicación de la Universidad Rey Juan Carlos. Miembro español en proyectos de investigación en varias universidades de Estados Unidos- Purdue, Minnesota y MIT.

José Ramón Repullo Labrador (*Capítulos: 2, 27*)

Doctor en Medicina (UAM). Máster en Planificación y Financiación por la Universidad de Londres. Científico Titular de Organismos Públicos de Investigación. Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Director Académico de los Másteres en Administración Sanitaria, y en Dirección Médica y Gestión Clínica de la ENS y la UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia).

Fernando Revilla Ramos (*Capítulos: 19, 28*)

Doctor en Medicina y Cirugía Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Atención Primaria en la Zona Básica de Salud de Tordesillas. Especialista Universitario en Acreditación de Centros y Servicios Sanitarios, Universidad de Valladolid. Máster de Especialización en Gestión y Metodología de la Calidad Asistencial. Evaluador Nivel Acreditado (*National Excellence Assesor*) por el Club Excelencia en Gestión. Gestor de los Sistemas de Calidad en el sector sanitario EOQ (*EOQ Quality Systems Manager in Healthcare*). Certificado de AENOR para “Implantar y Auditar un Sistema de Gestión de la Calidad en Centros de Atención Sanitaria”. Certificado del Ministerio de Sanidad y Consumo de “Formación en Metodología de las Auditorías en los Procesos de Acreditación”. Profesor Honorífico de la Universidad de Valladolid. Ex Jefe de Sección de Ordenación Sanitaria del Servicio de Ordenación Sanitaria de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León (1997-2002). Ex Jefe del Servicio de Calidad Asistencial de la Dirección General de Planificación Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León (2002-2008). Miembro fundador de Instituto de Farmacoepidemiología (IFE), Universidad de Valladolid. Miembro fundador de la División Universitaria de Investigación y Desarrollo de la Calidad en Sanidad (ICAS), Universidad de Valladolid.

José Luis Rojo Álvarez (*Capítulo: 26*)

Ingeniero en Telecomunicación, Universidad de Vigo. Doctor Ingeniero en Telecomunicación, Universidad Politécnica de Madrid. Profesor en el Departamento de Teoría de la Señal y Comunicaciones de la Universidad Rey Juan Carlos. Premio Nacional I3 del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Ángel Ruiz Téllez (*Capítulo: 15*)

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director de CYMAP SL (Concepto y Metodología en Atención Primaria). Ex Subdirector General de Atención Primaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Co-Director del Proyecto i-SemFYC(C), proyecto estratégico de mHealth de semFYC.

Simón Sajardo Moreno (*Capítulo: 10*)

Ingeniero de Telecomunicaciones por la Escuela Técnica Superior de Telecomunicaciones de Valencia. Gerente de Mercado Internacional de INDRA Sistemas. Máster en Bussines Administration. Máster en Gestión Sanitaria.

Javier Sánchez-Caro (*Capítulo: 11*)

Abogado del Cuerpo Superior de Letrados de la Administración de la Seguridad Social. Director-Responsable del Área de Bioética y Derecho Sanitario, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Académico Correspondiente, Real Academia Nacional de Medicina. Profesor Asociado de la Escuela Nacional de Sanidad. Ex Subdirector y Jefe de los Servicios Jurídicos del INSALUD. Miembro de la Orden Civil de Sanidad con la categoría de Encomienda.

Cristina Soguero Ruiz (*Capítulo: 26*)

Ingeniero de Telecomunicaciones Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Licenciada en Administración y Dirección de Empresas por la Universidad Rey Juan Carlos (Premio Extraordinario). Máster Universitario en Tecnologías de la Información y Comunicaciones en Ingeniería Biomédica por la Universidad Rey Juan Carlos. Investigador FPU (Programa de Formación del Profesorado Universitario) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Doctorando en el Doctorado Interuniversitario en Multimedia y Comunicaciones (Universidad Rey Juan Carlos, Universidad Carlos III de Madrid). Premio Caja de Ingenieros al mejor proyecto fin de carrera en Creatividad en Aplicaciones Multimedia para Desarrollo de Negocio, Colegio Oficial de Ingenieros de Telecomunicación.

Julio Touza Rodríguez (*Capítulo: 22*)

Arquitecto. Profesor Universitario. Autor de numerosas publicaciones sobre arquitectura y construcción. Ponente internacional en congresos y conferencias. Experto en Arquitectura de la Salud. Su estudio (TOUZA Arquitectos) ha redactado importantes proyectos relacionados con el ámbito sanitario en España y en el extranjero: Centro Nacional de Disminuidos Físicos Profundos en Cáceres, Clínica Amstrong; Residencia asistida “Fundación 26 de Diciembre”; Residencia Asistida Sanitas A. Soria; Clínica M. de Carnero; Hospitales Maternoinfantiles en Uige, Quanza Sul y Luanda (Angola); Laboratorios GlaxoSmithkline en Tres Cantos; Fundación Ciencias de la Salud en Madrid; Centro de Investigación Médico-Científica Therapeutic-Target.

Antoni Trilla (*Capítulo: 32*)

Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona. Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital Clínic de Barcelona. Director de Calidad y Seguridad Clínica del Hospital Clínic de Barcelona. Presidente del Consejo de Administración de la empresa pública Agencia de Calidad y Evaluación de Salud de Cataluña (AQuAS). Profesor Agregado de Salud Pública de la Universidad de Barcelona. Especialista en Medicina Interna. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Gestión Hospitalaria. Máster en Economía de la Salud. “Research Professor” del CRESIB (Centre de Recerca en Epidemiologia i Salut Internacional de Barcelona).

José Manuel Velarde Gestera (*Capítulo: 10*)

Licenciado en Ciencias Físicas, Universidad de Sevilla. Director de la División de Salud y Servicios Sociales de AYESA. Ex Director Regional de Microsoft Ibérica. Ex Gerente del Área Internacional de Sanidad de INDRA Sistemas.

Manuel Vilches Martínez (*Capítulo: 34*)

Licenciado en Medicina y Cirugía, Universidad Complutense de Madrid. Médico Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Médico Especialista en Mastología. Director Gerente Hospital NISA Pardo de Aravaca. Director General del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). Máster de Alta Dirección de Instituciones Sanitarias. Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios.

En un momento en el que tenemos que hacer frente a importantes cambios económicos, sociales y demográficos debemos conseguir que los sistemas sanitarios sean de la máxima calidad, dinámicos, flexibles y capaces de ofrecer respuestas ágiles a los nuevos retos que se plantean.

Quienes tienen la responsabilidad de dirigir y de gestionar las organizaciones sanitarias deben utilizar de modo óptimo los recursos disponibles, procurando siempre alcanzar la eficiencia y la mejora de la calidad asistencial, más si cabe en situaciones de coyuntura económica adversa como la que ha atravesado nuestro país.

En este contexto se hace necesario adoptar medidas que ayuden a mejorar la gestión y a eliminar lastres históricos, modernizando la forma de prestar la asistencia y, también, favoreciendo la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Pero los gestores también tienen que ser sensibles a los cambios demográficos, como el progresivo envejecimiento de la población y al fenómeno de la cronicidad, que habitualmente le acompaña.

Para ello, es necesario avanzar en la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, y en una relación fluida entre niveles asistenciales que garantice la continuidad en la atención a los pacientes.

Una moderna gestión asistencial debe estar basada en una visión integral del paciente. Este modelo eliminará duplicidades y gastos innecesarios, al tiempo que evitará problemas y desorientación a los propios pacientes y a sus familias.

La calidad no es solo un objetivo de la gestión sanitaria macro, sino que también comporta un desafío organizativo a todos los niveles asistenciales.

El debate, surgido hace ya algún tiempo, sobre la descentralización, la flexibilidad y la autonomía en la gestión de centros e instituciones sanitarias ha ido madurando, y en la actualidad, está cobrando un interés especial en torno a las llamadas “Unidades de Gestión Clínica”.

En este punto habría que tener presente, más allá de los aspectos económicos y técnicos, que los procesos de reforma de la gestión de las organizaciones sanitarias deben contemplar unos planteamientos éticos, tanto por parte de los profesionales como de los pacientes.

Porque la demanda asistencial es potencialmente ilimitada, pero los recursos sanitarios, como los del resto de las instituciones que configuran el llamado *estado del*

bienestar; no son infinitos. Por ello, impulsar su uso ético, racional y responsable constituye uno de los desafíos más importantes para dar futuro a los sistemas sanitarios.

No bastan normas jurídicas que ahormen los comportamientos dentro del sistema sanitario, sino que es indispensable un cambio cultural, que exige sistemas de información y medida de los resultados de salud, transparencia y el compromiso de todos.

Dentro de ese necesario cambio destaca el valor estratégico del trabajo en equipo, a todos los niveles, y de las herramientas que nos ofrecen las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, instrumentos clave para la dinamización de los procesos, la reducción de ineficiencias, y la obtención de los indicadores y datos sobre la situaciones de nuestro sistema sanitario y que nos permitan planificar mejor nuestras actuaciones.

En nuestro país, a partir del Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, el Gobierno ha puesto en marcha reformas que contribuyen a estos objetivos generales y, para ello, ha querido contar con los interlocutores fundamentales: en el plano institucional, las Comunidades Autónomas, y en el de los profesionales, las organizaciones colegiales, sindicales y sociedades científicas que los representan.

Los Pactos por la Calidad y Sostenibilidad, suscritos entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y los profesionales médicos, enfermeros y farmacéuticos, son una expresión de ello, como también lo son los acuerdos alcanzados en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en ámbitos tan importantes como la cartera básica de servicios, el calendario de vacunación común o las centrales de compras.

Con esta voluntad de diálogo y consenso esperamos completar las reformas estructurales con el establecimiento del llamado espacio sociosanitario común.

En este sentido, es importante contar con todas las aportaciones que contribuyan a ese clima de cambio y de entendimiento, como lo es el libro *Gestión de la Calidad en las Organizaciones Sanitarias*, dirigido y editado por Javier Cabo Salvador, en la que participan como autores destacadas personalidades del mundo sanitario.

Estoy convencida de que sus aportaciones darán idea a los lectores de la magnitud de los desafíos sanitarios, y les llevarán a posicionarse, desde el rigor y con profesionalidad.

El esfuerzo realizado por el director de la obra y el respaldo de la prestigiosa Fundación MAPFRE y de la editorial médica Díaz de Santos merecen, pues, el reconocimiento de todos.

Excma. Sra.
ANA MATO ADROVER

Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

La política sanitaria se ha convertido en un elemento clave del *estado de bienestar*, y sus resultados son incuestionables. Sin embargo, asistimos a cambios demográficos, sociales, tecnológicos y económicos, que obligan a encontrar soluciones eficientes para unos recursos limitados. Son tiempos complejos en los que la capacidad de adaptación al cambio es fundamental para la supervivencia y sostenibilidad, especialmente si nos referimos a entidades de una alta complejidad y especialización, como son las organizaciones sanitarias.

Nuestro Sistema Nacional de Salud está en una situación actual de reforma, y precisa cambios que garanticen su pervivencia en el tiempo y su calidad asistencial. La evaluación constante de las políticas sanitarias, el impacto de la utilización de recursos sobre el bienestar de los ciudadanos, el paciente como núcleo central del proceso asistencial y de prevención, los sistemas de información adecuados y transparentes, y el compromiso de los ciudadanos con su salud, tanto en su vertiente de prevención como en la de paciente activo, van a ser las claves para asegurar el futuro de nuestro sistema sanitario.

El presente libro de *Gestión de la Calidad en las Organizaciones Sanitarias* aporta a lo largo de sus treinta y cuatro capítulos, un abordaje integral a la gestión sanitaria enfocada ampliamente desde los aspectos fundamentales de eficiencia (gestión de costes), y de calidad total de los procesos (gestión de la calidad asistencial), abarcando todos los aspectos de gestión tanto a nivel macro- (sistemas y reformas sanitarias) como meso- (gestión hospitalaria, indicadores y *benchmarking*) y micro- (unidades de gestión clínica y gobernanza clínica).

No podemos olvidar los estudios y campañas dirigidas a la prevención de eventos adversos en la atención sanitaria, parcela que se incluye en el campo de la Seguridad Clínica y que afecta tanto a los pacientes como a los profesionales implicados.

En la Fundación MAPFRE llevamos muchos años trabajando para mejorar la salud y la calidad de vida de la sociedad, prestando especial atención a la investigación y difusión del conocimiento entre los profesionales. Por ello deseamos, como señala la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dña. Ana Mato en su Prólogo,

que este libro sea una referencia de rigor y profesionalidad para todos los actores implicados en las reformas del sistema sanitario y en la gestión cotidiana, con miras a las más altas cotas de calidad, satisfacción del paciente y aprovechamiento de los recursos.

Queremos agradecer la colaboración y el esfuerzo de todos los autores que han hecho posible la elaboración de esta magnífica obra, y muy especialmente al coordinador de la misma, el Dr. Javier Cabo, y a la Editorial Díaz de Santos por el excelente trabajo realizado.

D. ANTONIO HUERTAS MEJÍAS

Presidente de FUNDACIÓN MAPFRE

Prefacios

D. JULIO SÁNCHEZ FIERRO

Vicepresidente del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad,
Servicios Sociales e Igualdad
Abogado Socio-Director de las Áreas Sociosanitaria
y de Derecho Farmacéutico del bufete De Lorenzo Abogados

El libro *Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias* constituye una aportación científica de alto interés para cuantos, de una u otra forma, participan en el día a día del sistema sanitario.

Este importante libro contiene experiencias, ideas y propuestas innovadoras que han podido reunirse gracias al impulso y a la creatividad del Dr. Javier Cabo Salvador, tan comprometido con la calidad y con el futuro de la gestión sanitaria.

El Dr. Cabo Salvador, a partir de su profundo conocimiento de las organizaciones sanitarias, tanto nacionales como extranjeras, y de una experiencia fruto de años de práctica clínica, ofrece información, criterios y orientaciones que quedan a disposición de quienes tengan responsabilidad en la toma de aquellas decisiones que, puedan contribuir a la mejora de la calidad en la gestión clínica y en la atención de los pacientes.

La dirección y redacción de un nuevo libro de Gestión Sanitaria es un hecho muy revelador. Expresa la firme vocación del Dr. Javier Cabo de seguir avanzando por el camino de la calidad en el ámbito sanitario.

En torno a este noble objetivo, ha sido capaz de reunir trabajos excelentes de profesionales y de expertos de primerísimo nivel.

Los aspectos jurídicos, de la mano del Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario, Ricardo De Lorenzo, han quedado reflejados con profundidad y con rigor.

Otro tanto cabe decir de los directamente relacionados con la calidad, con la seguridad organizacional y con los principios éticos, que son objeto de aportaciones de especial relevancia por parte de catedráticos, profesores universitarios, directivos y gestores sanitarios.

Todos ellos nos ofrecen, con mano maestra, una panorámica muy completa en torno al complejo mundo sanitario, tan fundamental para todos los ciudadanos.

Por su parte, la Fundación MAPFRE, recogiendo el espíritu de su fundador, D. Ignacio H. De Larramendi (Q.E.P.D.), ha querido dar su respaldo activo a la edición de este libro, cuyo interés sanitario es evidente.

Por todo ello, deseo expresar mi más cordial felicitación al Dr. Javier Cabo Salvador, a los editores y a todos los autores que han colaborado en este magnífico libro.

La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del Bienestar, dada su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos (adopción del modelo Beveridge) la solidaridad y su calidad percibida, lo que le ha situado a lo largo de los años en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.

Sin embargo, nuestro Sistema Nacional de Salud, como consecuencia de la aplicación del artículo 148 del título VIII de nuestra Constitución de 1978, viene sufriendo situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos, lo que se traduce en la aparición de considerables diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas comunidades autónomas. La cohesión territorial y la equidad se han visto puestas en cuestión con determinadas medidas adoptadas durante estos últimos años. Esta ausencia de normas comunes en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica. Se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, y tanto los datos estructurales como las cifras más significativas del gasto sanitario público muestran un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias, que llevan hacia una situación claramente incompatible con su sostenibilidad.

La sanidad está en crisis y en continuo debate en todos los ámbitos: político, económico, social y profesional. La colaboración e interface público-privado, los recortes en ciertas prestaciones y el copago, la eficiencia del sistema, su financiación y sostenibilidad, son temas actuales que suscitan muchas controversias. Pero todo el mundo está de acuerdo en dos aspectos fundamentales: la necesidad de una *gestión eficiente y que garantice la calidad de las prestaciones sanitarias* (calidad tanto asistencial, basada en conseguir los resultados tanto diagnósticos como terapéuticos (médicos y/o quirúrgicos) adecuados, algo que desafortunadamente todavía no comunican de manera transparente ni los profesionales ni los centros sanitarios, a diferencia de lo que ocurre en nuestro entorno europeo, siendo algo

necesario para que los potenciales usuarios puedan valorar para tomar decisiones y elegir libremente su asistencia en el lugar y por el profesional adecuado), así como la *calidad percibida*, con una buena opinión sobre los servicios prestados, segundo aspecto que sí está ampliamente implantado en nuestro sistema sanitario.

La calidad asistencial y la seguridad del paciente dependen tanto de la competencia, experiencia y habilidades de los profesionales sanitarios como de la existencia de un modelo de gestión integrado que permita implantar medidas de control, supervisión y evaluación de los procesos y de sus resultados, con gestión de las TIC, gestión y control de las estructuras y tecnologías, gestión y motivación del personal y potenciación de la formación continuada.

Se hace pues, imprescindible, la adopción de medidas urgentes que garanticen el futuro de nuestro Sistema Nacional de Salud y gestionar de la manera más eficiente las capacidades del sistema, garantizando el mantenimiento del modelo español de Sistema Nacional de Salud, modelo configurado como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración General de Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, que garantiza la protección de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios.

Por eso son necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, potenciar las Unidades de Gestión Clínica, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes, fomentando la calidad asistencial, garantizando a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita, universal, eficiente y de calidad.

Todos estos temas, su descripción, su análisis y las herramientas de gestión necesarias para su consecución están ampliamente desarrolladas a la largo del presente libro de *Gestión de la Calidad en las Organizaciones Sanitarias*.

El libro consta de 34 capítulos. En los Capítulos 1, 2 y 3 se trata de los Sistemas Sanitarios y las Reformas Sanitarias, con un enfoque hacia la calidad, describiendo las características, dimensiones, escenarios y patrones existentes en la actualidad. A continuación, en los Capítulos 4 y 5, se comentan los aspectos más relevantes en el ámbito legislativo, con enfoque a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y a la Ley de Autonomía del Paciente; ambas leyes que hacen hincapié en la calidad asistencial y en la seguridad del paciente. En el Capítulo 6 se describe la gestión por competencias, punto clave si se quiere profundizar en la cultura de la calidad de la asistencia sanitaria basada en la excelencia en la técnica y en el conocimiento, ya que junto al desarrollo de habilidades y actitudes orientadas a satisfacer las expectativas y necesidades de la población, es necesario disponer de una serie de herramientas como la gestión por procesos, la gestión clínica y la gestión por competencias.

Siendo imprescindible para medir y evaluar tanto la eficiencia como la calidad asistencial de indicadores, en los Capítulos 7, 8, 9 y 10, se describen con amplitud

tanto los indicadores de actividad como los indicadores de calidad de las organizaciones sanitarias, así como los sistemas de información existentes y necesarios para realizar una buena gestión integral englobando ambos conceptos: eficiencia y calidad asistencial. En los Capítulos 11 y 12 se describen los conceptos de calidad y bioética que deben imperar en toda organización sanitaria y la normativa ética internacional existente en la investigación biomédica.

Los Capítulos 13, 14, 15 y 16, describen tanto la gobernanza de microsistemas enfocada a la gestión clínica como el desarrollo de programas de calidad para su implantación en centros de asistencia primaria y en los centros y servicios de atención especializada.

Seguidamente, los Capítulos 17, 18, y 19, describen los criterios de calidad total y excelencia del modelo europeo de la EFQM, la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008 de certificación de calidad y la acreditación de la calidad basada en el modelo de la Joint Commission International.

En el Capítulo 20 se describe la importancia de la calidad percibida por los usuarios en las organizaciones sanitarias, calidad que tiene que tener sus orígenes ya en la definición de la estructura y arquitectura hospitalaria y en los programas funcionales, como bien queda descrito en los Capítulos 21 y 22 de estructura arquitectónica y diseño funcional hospitalario enfocados a la calidad.

En el Capítulo 23 se describen las mejoras en la prevención de los riesgos laborales en el sector sanitario como mejora de la calidad de la parte no estructural, es decir, a nivel de los llamados recursos humanos.

Los Capítulos 24, 25 y 26 describen con amplitud la importancia de la Telemedicina y la Nanotecnología en la sanidad del presente y del futuro y en la implantación y soporte de la calidad asistencial mediante la *e-health*, *m-health*, *u-health* y la inteligencia ambiental y su repercusión directa en la eficiencia sobre todo a nivel de la gestión de pacientes crónicos, la dependencia e interface sociosanitario con la necesidad de potenciar la interoperabilidad entre asistencia social y asistencia sanitaria.

Los Capítulos 27 y 28 describen ampliamente las dimensiones de la calidad y las herramientas de gestión necesarias para obtener una asistencia de calidad y excelencia. Seguidamente, los Capítulos 29, 30 y 31 describen los aspectos relevantes en la gestión de la eficiencia con enfoque hacia la calidad con una descripción detallada de todos los sistemas de ajuste de riesgo existentes, así como de los agrupadores y los estudios de evaluación económica necesarios para enfocar la calidad asistencial con eficiencia y de esta manera poder reforzar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Los Capítulos 32 y 33 describen la necesidad tanto de la transparencia y análisis de los resultados, como de la necesidad de potenciación de la seguridad en la práctica clínica y sus herramientas de actuación. Para finalizar, el Capítulo 34 describe los aspectos fundamentales y las herramientas de gestión necesarias para la implantación de la gestión clínica y el gobierno clínico piezas clave estratégicas de futuro en las organizaciones sanitarias.

Para finalizar, quiero agradecer a la Fundación MAPFRE y en su nombre a sus Presidentes (actual D. Antonio Huertas Mejías, y saliente D. Alberto Manzano Mar-
tos), por todas las facilidades prestadas para poder hacer realidad este proyecto.

JAVIER CABO SALVADOR

**Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía Cardiovascular
y Master en Gestión Sanitaria**

Índice de capítulos

PRÓLOGO	XXI
PRESENTACIÓN	XXIII
PREFACIOS	XXV
INTRODUCCIÓN	XXIX
1. Sistemas sanitarios y reformas sanitarias. Enfoque hacia la calidad	1
<i>Javier Cabo Salvador, María Antonia Bellmont Lerma</i>	
2. Sistemas sanitarios y reformas: dimensiones, escenarios y patrones	49
<i>José Ramón Repullo</i>	
3. Características de los modelos sanitarios.....	73
<i>Miguel Angel Asenjo</i>	
4. La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud Su concepción como herramienta de calidad de la asistencia.....	103
<i>Ricardo de Lorenzo y Montero</i>	
5. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica de Autonomía del Paciente, como herramienta normativa de mejora de la calidad asistencial	121
<i>Ricardo de Lorenzo y Montero</i>	
6. Gestión por Competencias como factor de mejora de la calidad asistencial	167
<i>Pablo Calvo Sanz</i>	
7. Indicadores de actividad de las organizaciones sanitarias	215
<i>Luis Morell Baladrón</i>	
8. Indicadores de calidad de las organizaciones sanitarias: indicadores de calidad de la SECA y Modelo AHRQ	253
<i>Javier Cabo Salvador, Jesús Herreros González, Verónica Cabo Muiños</i>	

9. Calidad y efectividad en las organizaciones sanitarias. Sistemas de información, adecuación de recursos y gestión de riesgos	345
<i>Jesús Herreros González, Javier Cabo Salvador</i>	
10. Gestión de la eficiencia y calidad asistencial en las organizaciones sanitarias.....	371
<i>Javier Cabo Salvador, Maria Antonia Bellmont Lerma, Verónica Cabo Muiños, Jesús Herreros González, Miguel López Coronado, Simón Sajardo Moreno, Javier Ramos López, José Manuel Velarde Gestera</i>	
11. Calidad y bioética en las organizaciones sanitarias.....	409
<i>Javier Sánchez Caro</i>	
12. Normativa ética y de calidad de la investigación biomédica	443
<i>Javier Cabo Salvador, Maria Antonia Bellmont Lerma, Jesús Herreros González, Verónica Cabo Muiños</i>	
13. Nueva gestión clínica enfocada a la calidad, gobernanza de microsistemas, management basado en la evidencia y aplicativos refinados por procesos.....	519
<i>Jose Ramón Mora Martínez, Luis Ángel Oteo Ochoa</i>	
14. Desarrollo de un programa de calidad en Atención Primaria.....	561
<i>Susana García Boró</i>	
15. La Gestión Cognitiva®. Un programa de calidad en la Atención Primaria en 10 pasos	595
<i>Ángel Ruiz Téllez, Pedro Domingo Pérez González</i>	
16. Desarrollo e implantación de un sistema de gestión de la calidad en los centros y servicios sanitarios	623
<i>Alberto Guerra López</i>	
17. Criterios del Modelo Europeo de Calidad Total y Excelencia de la EFQM	655
<i>Javier Cabo Salvador y Alberto Guerra López</i>	
18. UNE EN ISO 9001:2008. Una norma para ayudar a la gestión sanitaria	683
<i>Miguel Noblejas Castellanos y Pilar Blanco Cornejo</i>	
19. Acreditación de la calidad basada en el Modelo de la Joint Commission International.....	719
<i>Fernando Revilla Ramos</i>	
20. Calidad percibida por los usuarios en las organizaciones sanitarias. Experiencia Fundación Jiménez Díaz (Madrid)	763
<i>Maria del Carmen Fuente Blanco, Marta González Contreras</i>	
21. El Hospital Verde	779
<i>Alberto Martín Caballero, Javier Cabo Salvador</i>	

22. Estructura Arquitectónica y diseño funcional, piezas clave en la mejora de la calidad asistencial.....	847
<i>Julio Touza Rodríguez</i>	
23. Gestión de la calidad mediante mejora en la prevención de riesgos laborales en el sector sanitario	883
<i>Javier Agudo Díaz</i>	
24. Mejora de la calidad asistencial mediante la telemedicina y la teleasistencia	933
<i>Miguel López Coronado, Isabel de la Torre, Jesús Herreros González, Javier Cabo Salvador</i>	
25. SIESTACARE: inteligencia ambiental aplicada a sistemas de e-salud como tecnología de ayuda a enfermos y personas en situación de dependencia	953
<i>Carlos de Castro Lozano, Javier Cabo Salvador, José Miguel Ramírez, Enrique García</i>	
26. mHealth y su impacto en la calidad asistencial	1009
<i>Javier Ramos López, Cristina Soguero Ruiz, Inmaculada Mora Jiménez, José Luis Rojo Álvarez, Javier Cabo Salvador</i>	
27. Gestión sanitaria para la calidad y la excelencia.....	1053
<i>Jose Ramón Repullo Labrador</i>	
28. Dimensiones de la calidad en sanidad	1083
<i>Fernando Revilla Ramos</i>	
29. Ajustes de riesgos y calidad asistencial. Pago capitativo, riesgo moral, demanda inducida y selección de riesgos	1111
<i>Javier Cabo Salvador, Maria Antonia Bellmont Lerma, Javier Cabo Muiños, Verónica Cabo Muiños</i>	
30. Ajustes de riesgos y calidad asistencial. Agrupadores (APG, GRD, AP-GRD, IR-GRD, ACG, DxCG, CRG)	1153
<i>Javier Cabo Salvador, Maria Antonia Bellmont Lerma, Javier Cabo Muiños, Verónica Cabo Muiños</i>	
31. Estudios de evaluación económica de nuevas tecnologías y terapias asistenciales con enfoque a la calidad asistencial.....	1207
<i>Javier Cabo Salvador, Maria Antonia Bellmont Lerma, Jesús Herreros González, Javier Cabo Muiños</i>	
32. Transparencia en el sistema sanitario: análisis de los resultados en salud	1271
<i>Antoni Trilla</i>	

33. La seguridad en la práctica clínica, una dimensión de la calidad asistencial	1284
<i>Jesús María Aranaz Andrés</i>	
34. Plan Estratégico de Gestión de las Organizaciones Sanitarias. Gestión clínica y gobierno clínico.....	1311
<i>Javier Cabo Salvador, Jesús Herreros González, Verónica Cabo Muiños, María Antonia Bellmont Lerma, Eduardo García Jiménez, Manuel Vilches Martínez</i>	
ÍNDICE ANALÍTICO	1383

Sistemas sanitarios y reformas sanitarias. Enfoque hacia la calidad

Javier Cabo Salvador, María Antonia Bellmont Lerma

Introducción

Como introducción al capítulo sirva el discurso de apertura en la Unión Europea (UE) en Bruselas, Bélgica, el 11 de junio de 2010, que impartió Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo el título de “La búsqueda de una política sanitaria mundial coherente”, discurso que comienza diciendo:

“Los países representados en esta sala se encuentran entre los contribuyentes más generosos y los socios más comprometidos con el desarrollo sanitario internacional. Doy mucho crédito a sus puntos de vista sobre el futuro y a la experiencia que han adquirido durante décadas de cooperación sanitaria internacional. De los recursos invertidos se esperan resultados, y tiene sentido que se busque la mayor rentabilidad posible a las inversiones en salud. En la búsqueda de formas de fortalecer la contribución de la UE a la salud mundial se están explorando algunas cuestiones muy complejas que pueden determinar el desarrollo internacional de la salud. Esta búsqueda de una política sanitaria mundial coherente es común. En la OMS también estamos abordando estas cuestiones, en diálogo con nuestros Estados Miembros y asociados para el desarrollo, cuando reflexionamos sobre la financiación futura de la OMS para que ofrezca lo que se espera de ella y está en posición de ofrecer...”

Esta conferencia tuvo una relevancia inmediata, ya que la UE estaba preparando su aportación a la cumbre de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y estaba en una fase de tratar de entender lo que nos estaba frenando para hacer frente a esos obstáculos de manera inteligente, de manera que diera resultados duraderos, mucho más allá del 2015, con el fortalecimiento de los sistemas de salud, para lograr el objetivo de establecer una política global, consistente en la instauración de una cobertura universal con servicios de salud de calidad, ya que como hemos aprendido desde el comienzo de este siglo, la existencia de intervenciones eficaces y de dinero para comprar dichos servicios no mejorará los resultados sanitarios si no hay sistemas eficientes y equitativos, siendo esto especialmente cierto para las poblaciones más desfavorecidas, que constituyen el centro de atención de los ODM y del desarrollo, a través de la OMS en general.

El impulso para alcanzar los ODM ha estimulado la creación de varias iniciativas sanitarias en todo el mundo diseñadas para reducir la mortalidad por determinadas enfermedades, pero la debilidad de las capacidades de los diferentes sistemas sa-

nitarios nacionales dificulta la tarea. Los instrumentos de gobernanza de la salud mundial, como las normas y estándares para garantizar la seguridad del aire, el agua, los alimentos, los productos químicos o los medicamentos, o incluso detectar brotes epidémicos e identificar su causa, significan poco si no existe asociada una capacidad de reglamentación, inspección y aplicación-ejecución a través de los diferentes sistemas sanitarios de los Estados Miembros. Por ello el potencial de instrumentos jurídicos como el Convenio Marco para el Control del Tabaco o el Reglamento Sanitario Internacional para garantizar la seguridad colectiva frente a amenazas comunes se ve comprometido cuando los países no pueden garantizar el cumplimiento de las leyes. Estas siguen siendo las realidades que tenemos hoy ante nosotros y que obstaculizan la consecución de los ODM relacionados con la salud y la obtención de una mayor eficiencia y equidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

El compromiso con la cobertura universal y su énfasis en la creación de capacidades forma parte de un programa de acción sanitaria clásico, renovado para afrontar los retos propios del siglo XXI.

En la definición de un papel más vigoroso y coherente de la UE en la salud en todo el mundo (Macrogestión) se busca equidad y eficiencia, y se hace hincapié en la prevención, así como en la curación, reconociendo el derecho a la salud y la obligación que tienen los gobiernos de hacerse cargo de su propia política sanitaria.

De acuerdo con el énfasis en la prevención, existe la necesidad de abordar las múltiples causas que están en la raíz de la “mala salud” y que tienen su origen en sectores no sanitarios. Por encima de todo, un enfoque que tiene como objetivo fortalecer las capacidades fundamentales sienta las bases para soluciones duraderas, aumenta la autonomía y contribuye a una ayuda eficaz.

Aunque los problemas existentes en la actualidad tienen nuevas dimensiones de complejidad, los enfoques están bien establecidos y ha demostrado su valía el enfoque holístico y participativo de la salud que se estableció en la Declaración de Alma-Ata como base de los sistemas de salud modernos, aunque la aplicación de estos enfoques es mucho más difícil hoy en día que hace 30 años, cuando se firmó la Declaración de Alma-Ata, ya que la cuestión de la identificación nacional con el programa de salud se ha vuelto mucho más compleja, tocando las raíces mismas de la responsabilidad de un gobierno con respecto a la salud y la rendición de cuentas ante sus ciudadanos, siendo el sector salud un área complejo con la duplicación de esfuerzos, la fragmentación de la atención, los costes de transacción elevados, la mala armonización con las prioridades y capacidades nacionales, y la imprevisibilidad de la financiación de un sector con elevados costes recurrentes, por lo que hay que cambiar de conducta con respecto a la eficacia de las ayuda, la Declaración de París del 2005 sobre la eficacia de las ayudas al desarrollo y el Programa de Acción de Accra (HLF3) del 2008, celebrado en Ghana, con participación de más de 100 ministros de salud de diferentes países, teniendo que recurrir a la Alianza Sanitaria Internacional Plus como modelo para lograr una mayor coherencia de nuestros esfuerzos en los países.

Si se percibe que la atención sanitaria es financiada y prestada en gran medida fuera del control gubernamental, ¿cómo se puede exigir responsabilidades a las autoridades nacionales por el incumplimiento de las expectativas del público? ¿Cómo

pueden los resultados positivos reforzar la confianza de la población en su gobierno y aumentar así la estabilidad política?

Los enfoques participativos también plantean grandes retos. La revolución de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) ha contribuido a aumentar las expectativas de buena calidad y asequibilidad de la atención médica entre los ciudadanos. En el lado positivo, esta tendencia crea demandas populares que en el ámbito político son muy necesarias tener en cuenta al definir la política sanitaria de un país.

La prevención es también mucho más exigente. Las tendencias mundiales, como el envejecimiento de la población y la globalización de modos de vida insalubres, han contribuido a un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y una inversión de la carga de morbilidad. Las enfermedades de las sociedades “ricas” afectan ahora también a las sociedades “pobres”. Así alrededor del 80% de la carga de morbilidad se concentra en los países con menos capacidad para gestionar los costes y demandas de la atención a enfermos crónicos. La prevención es sin duda la mejor opción, pero los factores de riesgo comunes a estas enfermedades radican en sectores que escapan al control directo de la salud pública.

Asegurar beneficios sanitarios duraderos se ha vuelto más costoso, más frágil y éticamente más peligroso, ya que en tiempos de recesión económica, como los que estamos viviendo actualmente, suele hacerse un cálculo a menudo peligroso. ¿Cuántas vidas se pueden salvar con una determinada cantidad de dinero? Con estas premisas la vida se abarata cuando las prioridades se establecen en función del coste de las intervenciones.

En el mejor de los mundos posibles, cada persona debería tener acceso a lo mejor que la ciencia y la medicina puedan ofrecer, pero en realidad son el dinero y la posición social quienes a menudo determinan y finalmente deciden sobre las posibilidades de vivir y de morir dependiendo del entorno que a cada cual le haya tocado vivir.

Esta es la esencia del argumento de la equidad: a la gente no se le debe negar el acceso a la atención, a intervenciones que salvan vidas o fomentan la salud, por motivos injustos, como los económicos o sociales.

Como ejemplo final, el objetivo de mejorar el acceso a los medicamentos ya no consiste principalmente en hacer coincidir los medicamentos esenciales con las necesidades prioritarias y garantizar la asequibilidad. Hoy en día, las cuestiones del acceso tocan aspectos muy complicados relacionados con los derechos de propiedad intelectual, la promoción de la calidad de los productos genéricos, los programas de incentivos para que se desarrollen productos para las enfermedades de las sociedades con menos recursos, la desvinculación de los precios de los costes de I+D, el acuerdo sobre los ADPIC y ADPIC-plus (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC)), y otros temas complejos relacionados con el libre comercio.

En primer lugar, hay que mantener el impulso. Los ODM han sido buenos para la salud pública. Han demostrado el valor de la acción internacional centrada en un número limitado de objetivos con plazos determinados. Aunque los progresos han sido más lentos de lo esperado, también hemos visto algunas mejoras impresionantes

en el acceso a la atención y la reducción de la mortalidad, con una mayor longevidad y esperanza de vida de la población, y un incremento del número de personas mayores de 60 años con toda la problemática del incremento de patologías crónicas e incremento de los costes sanitarios de manera global (Figura 1.1). De acuerdo a estudios prospectivos de Naciones Unidas el porcentaje de personas mayores de 60 años se incrementará del 10% de la población en el año 2000 al 21% de la población en el 2050.

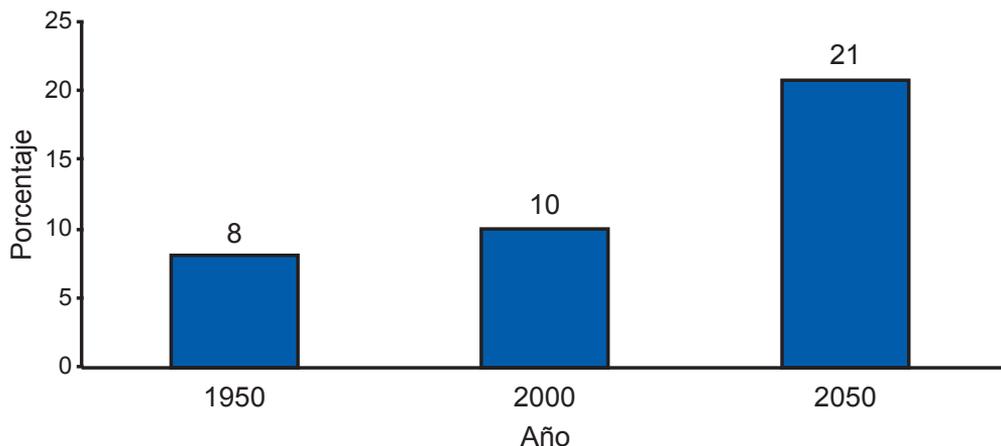


Figura 1.1. Evolución de la esperanza de vida en el mundo: porcentaje de personas mayores de 60 años o más en la población mundial. Evolución y expectativas (1950-2050). Fuente: Population Division. DESA. United Nations

El impulso para alcanzar los ODM nos ha dado una serie de nuevos instrumentos y mecanismos para financiar iniciativas sanitarias, aumentar la eficacia de la ayuda, motivar a la industria para que desarrolle medicamentos y vacunas necesarios para las enfermedades de los países menos desarrollados y con menos potencial económico, asegurar fondos para comprar medicamentos a fuentes totalmente nuevas, y hacer que los precios de los medicamentos sean más asequibles.

La experiencia obtenida durante el último decenio nos dice que el aumento de la inversión en el desarrollo de la salud funciona.

En segundo lugar, hay que hacer de la justicia una piedra angular de las políticas para el desarrollo sanitario internacional. Demasiados modelos de desarrollo de la salud han partido del supuesto de que las condiciones de vida y el estado de salud de alguna manera mejorarían automáticamente con la modernización de los países, la liberalización de su comercio y el crecimiento económico rápido, pero no ha sido así.

Por el contrario, las diferencias entre los países y dentro de un mismo país con respecto a los niveles de ingreso, las oportunidades, el estado de salud, el acceso a la atención y la esperanza de vida son mejores hoy que en cualquier otro momento de la historia reciente (Tablas 1.1 y 1.2).

Como se puede comprobar en las gráficas desarrolladas por Naciones Unidas (ONU), en el año 2007 el porcentaje de población mayor de 60 años era significativamente mayor en los países más desarrollados y dentro de estos el mayor porcentaje correspondía al sur y oeste de Europa con un porcentaje de población mayor o igual de 60 años del 23,2% y 23,4% respectivamente, con una media del 21,3% en toda Europa *versus* un porcentaje de tan solo el 5,3% en África, 9,6% en Asia, 9,1% en América Latina, 17,3% en Norteamérica y 14,4% en Oceanía.

Tabla 1.1. Población de 60 años o más. Distribución por sexo, y localización geográfica mundial. *Fuente:* United Nations Department of Economic and Social Affairs (año 2007).

Major areas and regions	60 or over			65 or over			80 or over		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female
World	704 817	317 734	387 083	495 126	216 070	279 055	94 174	33 728	60 446
More developed regions	252 026	106 132	145 894	188 800	76 218	112 582	47 873	15 262	32 611
Less developed regions	452 792	211 602	241 189	306 325	139 852	166 473	46 301	18 466	27 835
Least developed countries	40 744	18 665	22 079	26 011	11 746	14 265	3 018	1 271	1 747
Africa	50 056	22 694	27 362	32 483	14 430	18 053	3 834	1 540	2 294
Eastern Africa	14 045	6 352	7 693	9 049	4 032	5 017	1 073	439	634
Middle Africa	5 240	2 332	2 908	3 354	1 464	1 891	375	146	229
Northern Africa	13 649	6 258	7 391	9 187	4 116	5 071	1 173	482	692
Southern Africa	3 846	1 585	2 261	2 449	959	1 490	318	95	223
Western Africa	13 275	6 166	7 109	8 444	3 859	4 585	895	378	517
Asia	385 409	180 710	204 699	263 691	120 472	143 219	41 953	16 219	25 734
Eastern Asia	198 964	93 384	105 580	138 731	62 948	75 783	24 298	8 565	15 732
South-central Asia	125 259	59 398	65 861	83 622	39 051	44 571	12 114	5 394	6 720
South-eastern Asia	46 363	21 120	25 243	31 163	13 917	17 246	4 157	1 710	2 447
Western Asia	14 823	6 809	8 015	10 175	4 556	5 619	1 384	549	835
Europe	153 476	62 778	90 698	116 844	45 704	71 140	27 849	8 411	19 438
Eastern Europe	54 032	19 713	34 320	41 483	14 348	27 135	7 994	2 019	5 976
Northern Europe	20 915	9 192	11 724	15 357	6 480	8 877	4 272	1 438	2 834
Southern Europe	34 865	15 060	19 805	26 755	11 167	15 588	6 728	2 298	4 431
Western Europe	43 663	18 814	24 849	33 249	13 710	19 540	8,855	2 657	6 198
Latin America and the Caribbean	52 696	23 706	28 990	36 483	16 057	20 425	7 380	2 921	4 459
Caribbean	4 406	2 030	2 377	3 086	1 403	1 683	653	277	377
Central America	11 814	5 439	6 374	8 127	3 696	4 431	1 586	664	922
South America	36 476	16 237	20 239	25 269	10 959	14 311	5 141	1 981	3 160
Northern America	58 294	25 573	32 721	42 154	17 842	24 312	12 247	4 296	7 951
Oceania	4 886	2 273	2 613	3 471	1 565	1 906	910	340	570
Australia/New Zealand	4 433	2 046	2 387	3 191	1 427	1 764	879	325	553
Polynesia	52	25	27	35	17	19	6	2	4
Melanesia	360	183	178	219	110	109	23	11	12
Micronesia	40	19	21	26	12	14	4	2	2

En cierto sentido, los ODM funcionan como una estrategia correctiva. Su objetivo es compensar los sistemas internacionales, las finanzas, los negocios, el comercio y las relaciones exteriores, que crean beneficios pero carecen de reglas que garanticen la distribución equitativa de esos beneficios.

No es de extrañar pues que los países con economías en desarrollo y emergentes sospechen de los acuerdos internacionales y teman que las reglas sean manipuladas para favorecer a los privilegiados y poderosos.

Tabla 1.2. Población de 60 años o más. Porcentajes. Distribución por sexo y localización geográfica mundial. *Fuente:* United Nations Department of Economic and Social Affairs (año 2007).

Major areas and regions	60 or over			65 or over			80 or over		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female
World	10.7	9.6	11.8	7.5	6.5	8.5	1.4	1.0	1.8
More developed regions	20.7	18.0	23.3	15.5	12.9	18.0	3.9	2.6	5.2
Less developed regions	8.4	7.7	9.1	5.7	5.1	6.2	0.9	0.7	1.0
Least developed countries	5.1	4.7	5.6	3.3	2.9	3.6	0.4	0.3	0.4
Africa	5.3	4.8	5.8	3.4	3.1	3.8	0.4	0.3	0.5
Eastern Africa	4.7	4.2	5.1	3.0	2.7	3.3	0.4	0.3	0.4
Middle Africa	4.5	4.1	5.0	2.9	2.6	3.2	0.3	0.3	0.4
Northern Africa	6.9	6.3	7.5	4.6	4.1	5.2	0.6	0.5	0.7
Southern Africa	7.1	5.9	8.2	4.5	3.6	5.4	0.6	0.4	0.8
Western Africa	4.8	4.4	5.2	3.1	2.8	3.4	0.3	0.3	0.4
Asia	9.6	8.9	10.4	6.6	5.9	7.3	1.0	0.8	1.3
Eastern Asia	12.9	11.9	14.0	9.0	8.0	10.0	1.6	1.1	2.1
South-central Asia	7.5	7.0	8.1	5.0	4.6	5.5	0.7	0.6	0.8
South-eastern Asia	8.1	7.4	8.8	5.5	4.9	6.0	0.7	0.6	0.9
Western Asia	6.7	6.0	7.4	4.6	4.0	5.2	0.6	0.5	0.8
Europe	21.1	17.9	24.0	16.1	13.1	18.8	3.8	2.4	5.1
Eastern Europe	18.3	14.3	22.0	14.1	10.4	17.4	2.7	1.5	3.8
Northern Europe	21.7	19.5	23.8	15.9	13.7	18.0	4.4	3.1	5.8
Southern Europe	23.2	20.5	25.8	17.8	15.2	20.3	4.5	3.1	5.8
Western Europe	23.4	20.6	26.1	17.8	15.0	20.5	4.7	2.9	6.5
Latin America and the Caribbean	9.1	8.3	9.9	6.3	5.6	7.0	1.3	1.0	1.5
Caribbean	11.1	10.3	11.8	7.8	7.1	8.4	1.6	1.4	1.9
Central America	7.8	7.3	8.3	5.4	5.0	5.7	1.0	0.9	1.2
South America	9.5	8.5	10.4	6.6	5.8	7.3	1.3	1.0	1.6
Northern America	17.3	15.4	19.1	12.5	10.8	14.2	3.6	2.6	4.7
Oceania	14.4	13.5	15.4	10.3	9.3	11.2	2.7	2.0	3.4
Australia/New Zealand	18.0	16.8	19.1	12.9	11.7	14.1	3.6	2.7	4.4
Polynesia	7.8	7.4	8.3	5.3	4.8	5.7	0.8	0.6	1.1
Melanesia	4.5	4.5	4.6	2.8	2.7	2.8	0.3	0.3	0.3

Décadas de experiencia nos dicen que este mundo no se convertirá por sí solo en un lugar justo en lo que a salud se refiere. Los sistemas de salud no evolucionarán de forma automática hacia una mayor equidad ni hacia la cobertura universal. Las decisiones económicas de un país no protegerán a los más desfavorecidos económicamente ni fomentarán su salud de forma automática.

La globalización no se autorregulará para asegurar una distribución equitativa de los beneficios. Los acuerdos comerciales internacionales no garantizarán por sí solos la seguridad alimentaria, laboral o sanitaria ni el acceso a medicamentos asequibles.

Todos esos resultados requieren decisiones políticas explícitas, ya que la equidad solo se produce cuando es un objetivo político explícito. Estos valores de equidad y justicia social están explícitos en el planteamiento de la UE para la salud mundial y también están en la base del diseño y la prestación de servicios de salud en sus

propios países, lo cual presta mayor legitimidad y autoridad a su voz en las cuestiones internacionales.

Cada día, cientos de millones de personas ven amenazadas su salud y medios de subsistencia porque los sistemas locales y nacionales que protegen su salud y sus vidas están colapsados o son demasiado débiles para soportar situaciones de crisis y acontecimientos extremos. Por todo ello los ODM representan el ataque más ambicioso de la historia contra la miseria humana. Si el impulso para alcanzar estas metas fortalece los sistemas de salud y la autonomía, se mejorarán las perspectivas de salud de las personas con menos recursos económicos que viven en lugares más pobres, con pocos recursos financieros mucho más allá de 2015.

Es importante ser consciente de la singularidad con la que se enfrentan los sistemas sanitarios públicos, ya que el crecimiento de los recursos disponibles se produce a un ritmo considerablemente menor que el de la demanda de los servicios. En particular, hay que tener en cuenta numerosas variables, algunas de difícil control: la tecnología en continuo avance y desarrollo; las expectativas de la población, cada vez mayores debido al incremento en la educación sanitaria y a las posibilidades que nos proporciona la *e-Healthy* la *m-Health* a través de los *smartphones*, tabletas e internet; el envejecimiento de la población y el incremento significativo de pacientes crónicos pluripatológicos, y la aparición de nuevas enfermedades.

Estos factores, entre otros, condicionan la utilización de los recursos disponibles, que deben administrarse de la forma más adecuada (coste de oportunidad) por los médicos y profesionales sanitarios. Esto quiere decir que una valoración global de la situación no estaría completa si no tuviéramos en cuenta la relevancia moral de las actuaciones que, recuérdese, obligan a justificar moralmente las actuaciones (ética y bioética).

En las Tablas 1.3 y 1.4 se puede apreciar el ranking de población con mayor edad que lo lidera a nivel mundial Japón, con un 27,9% de población mayor o igual a 60 años, seguido de Italia (26,4%) y Alemania (25,3%), estando el menor porcentaje distribuido en Emiratos Árabes con solamente un 1,7% de población igual o superior a los 60 años, seguido de Qatar (2,7%) y Niger y Kuwait con un 3,2% y 3,4% respectivamente.

Tabla 1.3. Población de 60 años o más. Porcentajes por países y ranking mundial. *Fuente:* United Nations Department of Economic and Social Affairs (año 2007).

Country	60 or over	Rank	Country	60 or over	Rank
Japan	27.9	1	TFYR Macedonia	15.9	49
Italy	26.4	2	Ireland	15.5	50
Germany	25.3	3	Netherlands Antilles	14.9	51
Sweden	24.1	4	Republic of Korea	14.6	52
Greece	23.4	5	Guadeloupe	14.5	53
Austria	23.3	6	Armenia	14.4	54
Bulgaria	22.9	7	Argentina	14.1	55
Belgium	22.9	8	Republic of Moldova	13.9	56
Latvia	22.8	9	Israel	13.7	57
Portugal	22.8	10	Barbados	13.6	58
Switzerland	22.7	11	Singapore	13.5	59
Finland	22.6	12	Albania	12.4	60
Croatia	22.5	13	Chile	12.2	61
France	21.9	14	Dem. People's Rep. of Korea	11.8	62
Denmark	21.9	15	China, Macao SAR	11.5	63
Estonia	21.8	16	China	11.4	64
United Kingdom	21.8	17	Trinidad and Tobago	11.4	65
Spain	21.7	18	Sri Lanka	11.2	66
Hungary	21.3	19	Kazakhstan	11.1	67
Slovenia	21.2	20	Thailand	11.0	68
Czech Republic	21.1	21	Jamaica	10.3	69
Ukraine	21.0	22	Lebanon	10.3	70
Lithuania	20.9	23	Réunion	10.2	71
Norway	20.7	24	Mauritius	10.0	72
Channel Islands	20.1	25	Bahamas	9.8	73
Malta	20.1	26	Saint Lucia	9.7	74
Netherlands	20.1	27	New Caledonia	9.7	75
Bosnia and Herzegovina	19.9	28	Guam	9.4	76
Romania	19.5	29	Brazil	9.2	77
Serbia and Montenegro	18.8	30	Suriname	9.2	78
Canada	18.7	31	Panama	9.1	79
Luxembourg	18.4	32	Azerbaijan	9.1	80
Belarus	18.3	33	St. Vincent and the Grenadines	9.1	81
United States Virgin Islands	18.2	34	Tonga	8.9	82
Australia	18.1	35	Tunisia	8.8	83
Georgia	18.1	36	Costa Rica	8.7	84
Puerto Rico	17.5	37	Ecuador	8.6	85
Uruguay	17.5	38	Indonesia	8.5	86
Martinique	17.5	39	Mexico	8.2	87
Poland	17.4	40	Turkey	8.2	88
New Zealand	17.4	41	French Polynesia	8.2	89
Cyprus	17.4	42	India	8.1	90
United States of America	17.2	43	Venezuela	8.0	91
Russian Federation	17.1	44	Peru	8.0	92
Slovakia	16.8	45	Colombia	7.9	93
Iceland	16.4	46	Myanmar	7.9	94
China, Hong Kong SAR	16.1	47	El Salvador	7.8	95
Cuba	16.1	48	Guyana	7.7	96

(continúa)

(continuación)

Country	60 or over	Rank	Country	60 or over	Rank
Lesotho	7.6	97	Jordan	5.3	145
Kyrgyzstan	7.5	98	Mozambique	5.2	146
Viet Nam	7.4	99	Cape Verde	5.2	147
Malaysia	7.4	100	United Republic of Tanzania	5.2	148
Egypt	7.3	101	Tajikistan	5.0	149
South Africa	7.2	102	Nicaragua	5.0	150
Bhutan	7.1	103	Brunei Darussalam	5.0	151
Morocco	6.9	104	Maldives	5.0	152
French Guiana	6.9	105	Micronesia (Fed. States of)	5.0	153
Bolivia	6.9	106	Senegal	4.9	154
Libyan Arab Jamahiriya	6.9	107	Togo	4.9	155
Fiji	6.8	108	Timor-Leste	4.9	156
Algeria	6.6	109	Djibouti	4.9	157
Samoa	6.6	110	Bahrain	4.9	158
Iran (Islamic Republic of)	6.6	111	Madagascar	4.8	159
Dominican Republic	6.5	112	Syrian Arab Republic	4.8	160
Western Sahara	6.3	113	Nigeria	4.8	161
Philippines	6.3	114	Ethiopia	4.7	162
Guatemala	6.3	115	Malawi	4.7	163
Gabon	6.2	116	Zambia	4.7	164
Turkmenistan	6.1	117	Saudi Arabia	4.7	165
Gambia	6.1	118	Guinea-Bissau	4.6	166
Uzbekistan	6.1	119	Chad	4.6	167
Haiti	6.1	120	Iraq	4.5	168
Central African Republic	6.0	121	Congo	4.5	169
Belize	6.0	122	Occupied Palestinian Terr.	4.4	170
Pakistan	5.9	123	Comoros	4.4	171
Equatorial Guinea	5.9	124	Afghanistan	4.4	172
Nepal	5.9	125	Benin	4.4	173
Ghana	5.9	126	Oman	4.4	174
Cambodia	5.8	127	Dem. Rep. of the Congo	4.2	175
Sudan	5.8	128	Solomon Islands	4.2	176
Bangladesh	5.8	129	Burkina Faso	4.2	177
Honduras	5.7	130	Somalia	4.2	178
Guinea	5.7	131	Mali	4.1	179
Mongolia	5.7	132	Kenya	4.1	180
Paraguay	5.7	133	Burundi	4.1	181
Swaziland	5.7	134	Papua New Guinea	4.0	182
Cameroon	5.7	135	Eritrea	4.0	183
Zimbabwe	5.5	136	Rwanda	4.0	184
Botswana	5.5	137	Angola	3.9	185
Namibia	5.5	138	Uganda	3.8	186
Sierra Leone	5.5	139	Yemen	3.7	187
Sao Tome and Principe	5.4	140	Liberia	3.6	188
Côte d'Ivoire	5.4	141	Kuwait	3.4	189
Lao People's Dem. Republic	5.3	142	Niger	3.2	190
Vanuatu	5.3	143	Qatar	2.7	191
Mauritania	5.3	144	United Arab Emirates	1.7	192

Todas las decisiones sanitarias están supeditadas a tres grandes condicionantes: la ciencia, esto es, la indicación médica adecuada; la garantía del respeto de la autonomía del paciente en cuanto a sus opciones y elecciones, algo implícito y legislado en nuestro sistema sanitario (SNS) mediante la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y la distribución correcta de los recursos que exige tomar en consideración los aspectos socioeconómicos y realizar estudios de evaluación económica con análisis de costes (análisis coste-beneficio, análisis coste-efectividad y análisis coste-utilidad) para adoptar dentro de la cartera de servicios de las prestaciones sanitarias aquellas nuevas tecnologías o productos que aporten beneficios y ventajas tanto económicas (unidades monetarias), como años de vida ganados y años de vida ajustados a la calidad (Tabla 1.4).

Tabla 1.4. Estudios de evaluación económica.

Tipo de análisis	Medida de los costes	Medida de los efectos
Coste-beneficio (ACB)	Unidades monetarias	Unidades monetarias
Coste-efectividad (ACE)	Unidades monetarias	Unidades clínicas habituales (años de vida ganados)
Coste-utilidad (ACU)	Unidades monetarias	Calidad de vida (AVAC)
Minimización de costes	Unidades monetarias	Efectos equivalentes

La principal teoría bioética en el ámbito sanitario, la teoría “principalista”, da adecuada respuesta a las citadas condiciones, puesto que no son otra cosa que garantizar sus cuatro principios, a saber: el principio de beneficencia, el principio de no maleficencia, el principio de autonomía y el principio de justicia. No se trata de establecer una contienda entre los aspectos científicos, económicos y éticos, de manera que tenga que sobresalir en el conflicto uno de ellos respecto de los demás. Lo ético, lo científico y lo económico son elementos de una misma actuación, medicina bien hecha, con calidad y con postulados de excelencia.

En la gestión de los servicios sanitarios públicos, dada la limitación de recursos, no es ético lo que es antieconómico. Tampoco lo es la decisión que carezca de base científica adecuada. En resumen, en la gestión asistencial se conjugan los tres elementos para que la decisión sea correcta, moral o éticamente hablando: la toma de decisiones científicas mediante las pruebas adecuadas (que se conoce como “medicina basada en la evidencia”); la correcta utilización de los recursos para que produzcan la mayor eficiencia y eficacia, y la calidad en la asistencia prestada, que conduce a la excelencia en el quehacer sanitario. La ética en la gestión sanitaria falla si no se dan todos los elementos citados.

El problema de la distribución de los recursos escasos y la evaluación de los costes nos sitúa en el ámbito de la equidad y del principio de justicia. La equidad debe ser entendida en la línea de desarrollo del principio de igualdad, que garantiza el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva para todos los ciudadanos.

Equidad e igualdad no son términos equivalentes. La equidad se emplea en el contexto de un sistema público y, en cambio, la igualdad se utiliza para referirla a los ciudadanos y a su derecho a ser tratados de forma igual. Del sistema sanitario, por tanto, se puede decir que es equitativo, siempre y cuando se aplique una igualdad de prestaciones en todo el territorio nacional, algo que no ocurre en la actualidad, empleando esta palabra en un sentido objetivo. Por el contrario, debe utilizarse el término de igualdad cuando nos referimos a esta cuestión desde el punto de vista de los sujetos o individuos a los que se les reconocen derechos.

La economía de la salud habla de la relación coste-beneficio (relación entre resultados y consumo de recursos económicos), relación coste-efectividad (valoración del coste económico en relación con los años de vida ganados), y la relación coste-utilidad (apreciación subjetiva del beneficio obtenido por la persona, es decir los años de vida ajustados a la calidad).

En función de los anteriores criterios se pueden establecer algunas reglas de carácter puramente ético, de manera que si hay varias opciones igual de efectivas, lo aceptable y ético es elegir la más económica; si la opciones tienen eficacia diferente y coste análogo, lo razonable, ético y moral sería elegir la más eficaz; si existen varias opciones con una eficacia análoga y un coste similar, se debería elegir aquella que se considere más beneficiosa. En resumen, si pretendemos actuar correctamente, respetando la equidad, la igualdad y el principio de justicia, tenemos que usar criterios éticos en nuestras actuaciones de gestión sociosanitaria. La ciencia (medicina basada en la evidencia), la correcta actuación económica y la calidad del servicio prestado forman parte de un modo correcto de actuar de manera ética.

Es importante conocer los aspectos fundamentales de la ética y su relación con la bioética, así como la vinculación de ambos conceptos con la calidad exigible y necesaria en la gestión de los servicios sanitarios públicos, concepto de “calidad” que abarca diferentes aspectos tales como calidad de vida real y calidad percibida.

El “principlismo”, teoría angloamericana que más influencia y difusión ha tenido, está basada en principios como indica su nombre, estando muy extendida entre los profesionales de la salud y la investigación biomédica, siendo objeto de aplicación para fundamentar cualquiera de los ámbitos conflictivos a que nos hemos referido anteriormente cuando hablábamos de la bioética con tres principios fundamentales incluidos en el informe Belmont: el principio de autonomía o respeto por las personas; el principio de beneficencia, que se traduciría en la obligación de no hacer daño y de extremar los beneficios y minimizar los riesgos; y el principio de justicia o imparcialidad en la distribución de los riesgos y de los beneficios.

Siguiendo el citado informe Belmont, publicado en 1978, los individuos deben ser tratados como entes autónomos y, las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección (principio de autonomía). Por lo demás, una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que estas produzcan un claro perjuicio a otros. Por el contrario, mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas