

Organizan:



Colabora:



I Seminario sobre Gestión Clínica

“Claves para un liderazgo clínico efectivo”

Murcia, 29-30 abril 2016
(Coordinador: Fernando Carballo)

“Gobernando nuestra actividad con conocimiento y valores”



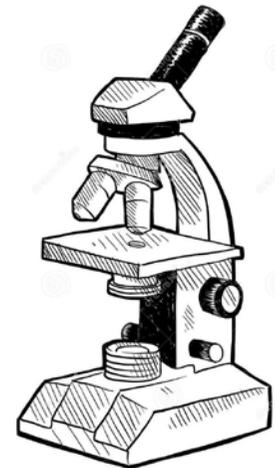
Javier Júdez, MD, PhD, MSc

Director. Departamento de Gestión del Conocimiento

Hoja de ruta

- “Nuestra actividad” - Conocimiento
- Valores
- Gobernar

Cuestión de perspectiva...



Del dicho al hecho

“Saber no es suficiente;
debemos aplicar.

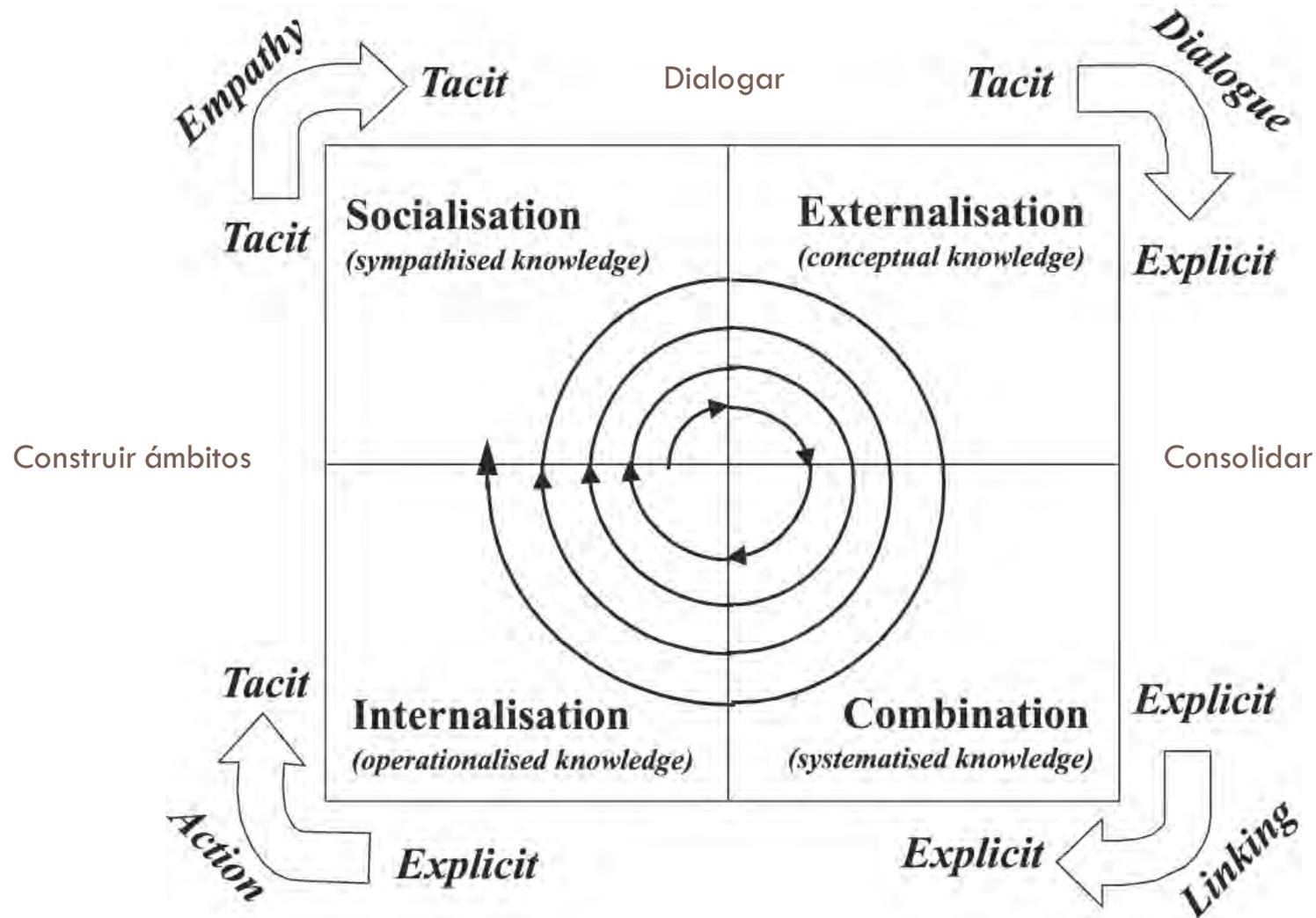
Estar dispuestos (querer) no es suficiente;
debemos hacer”

Goethe

Errores tipo III (Dunn, 1997):

“Evaluar el problema erróneo aceptando, inadecuadamente, una meta-hipótesis falsa: que no hay diferencia entre los límites de un problema, tal y como son definidos por un analista, y los actuales límites del problema”

Ciclo de transformación del conocimiento (Nonaka & Takeushi, 1995)



El hombre en el barro...

“esforzarse” es lo que cuenta (la fortaleza de lo frágil)

“It is not the critic who counts; not the man who points out how the strong man stumbles, or where the doer of deeds could have done them better. The credit belongs to the man who is actually in the arena, whose face is marred by dust and sweat and blood; who strives valiantly; who errs, who comes short again and again, because there is no effort without error and shortcoming; but who does actually strive to do the deeds; who knows great enthusiasms, the great devotions; who spends himself in a worthy cause; who at the best knows in the end the triumph of high achievement, and who at the worst, if he fails, at least fails while **daring greatly**, so that his place shall never be with those cold and timid souls who neither know victory nor defeat.”



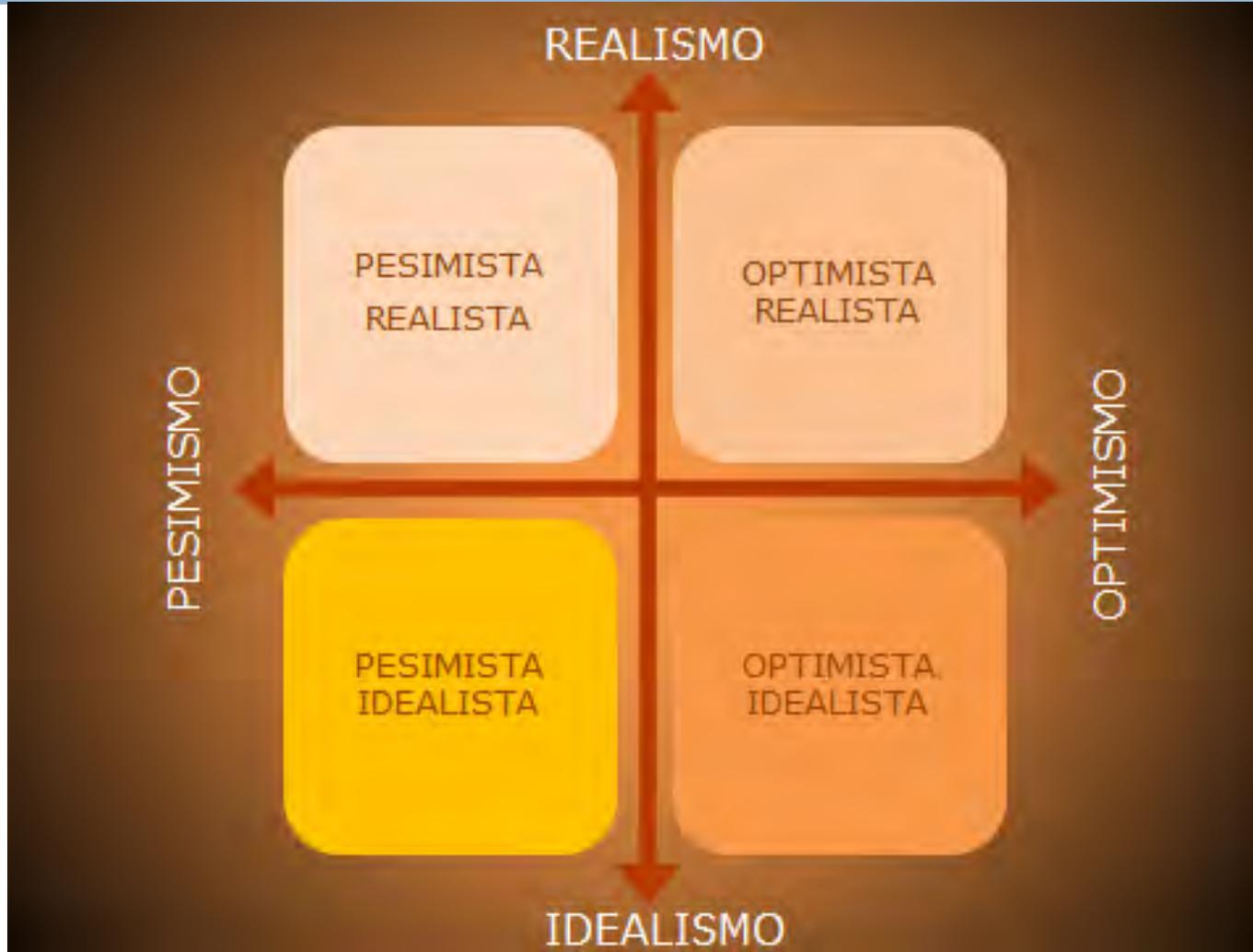
Theodore Roosevelt, Speech (1910) University of Sorbonne:
<http://www.theodore-roosevelt.com/images/research/speeches/maninthearena.pdf>

Brené Brown - Daring Greatly (2012) – versión española “Frágil. El poder de la vulnerabilidad”
Utiliza la expresión en el título de su libro. <http://www.amazon.com/Daring-Greatly-Courage-Vulnerable-Transforms-ebook/dp/B007P7HRS4>

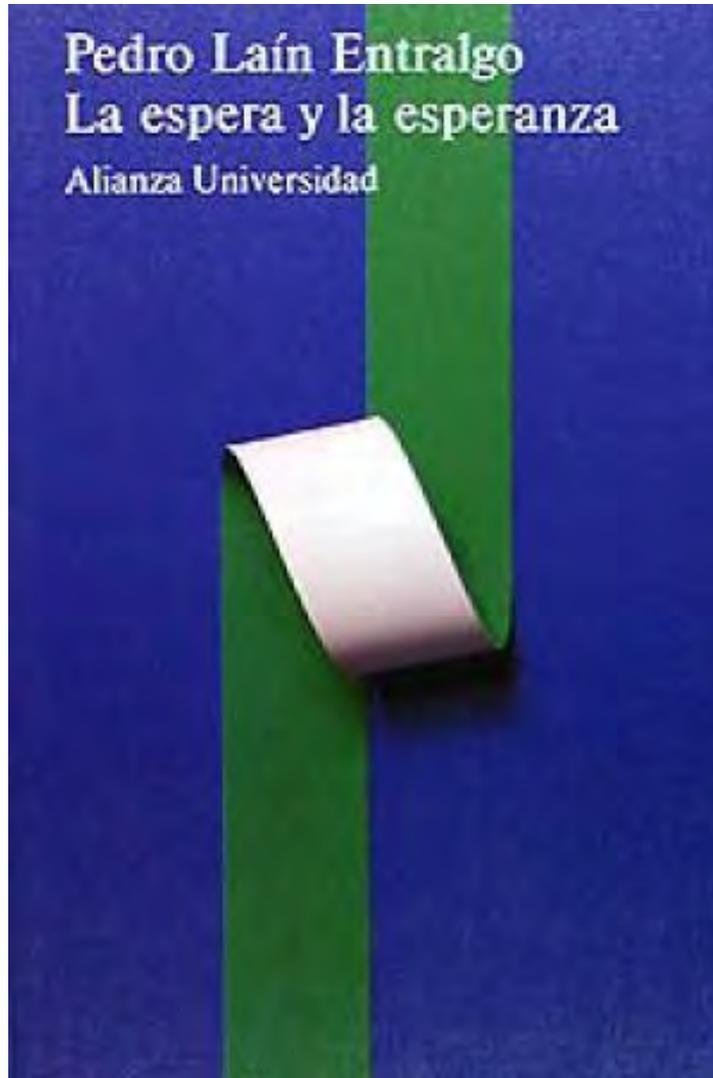
TED Talk 2010 (22,4 millones de visitados a 21 nov. 15)

https://www.ted.com/talks/brene_brown_on_vulnerability?language=es

Optimismo realista



La espera y la esperanza



Nuestros "motivadores"



“Nuestra actividad”... conocimiento “médico”

10



MEDICINA

CIENCIA-INVESTIGACIÓN

ASISTENCIA SANITARIA

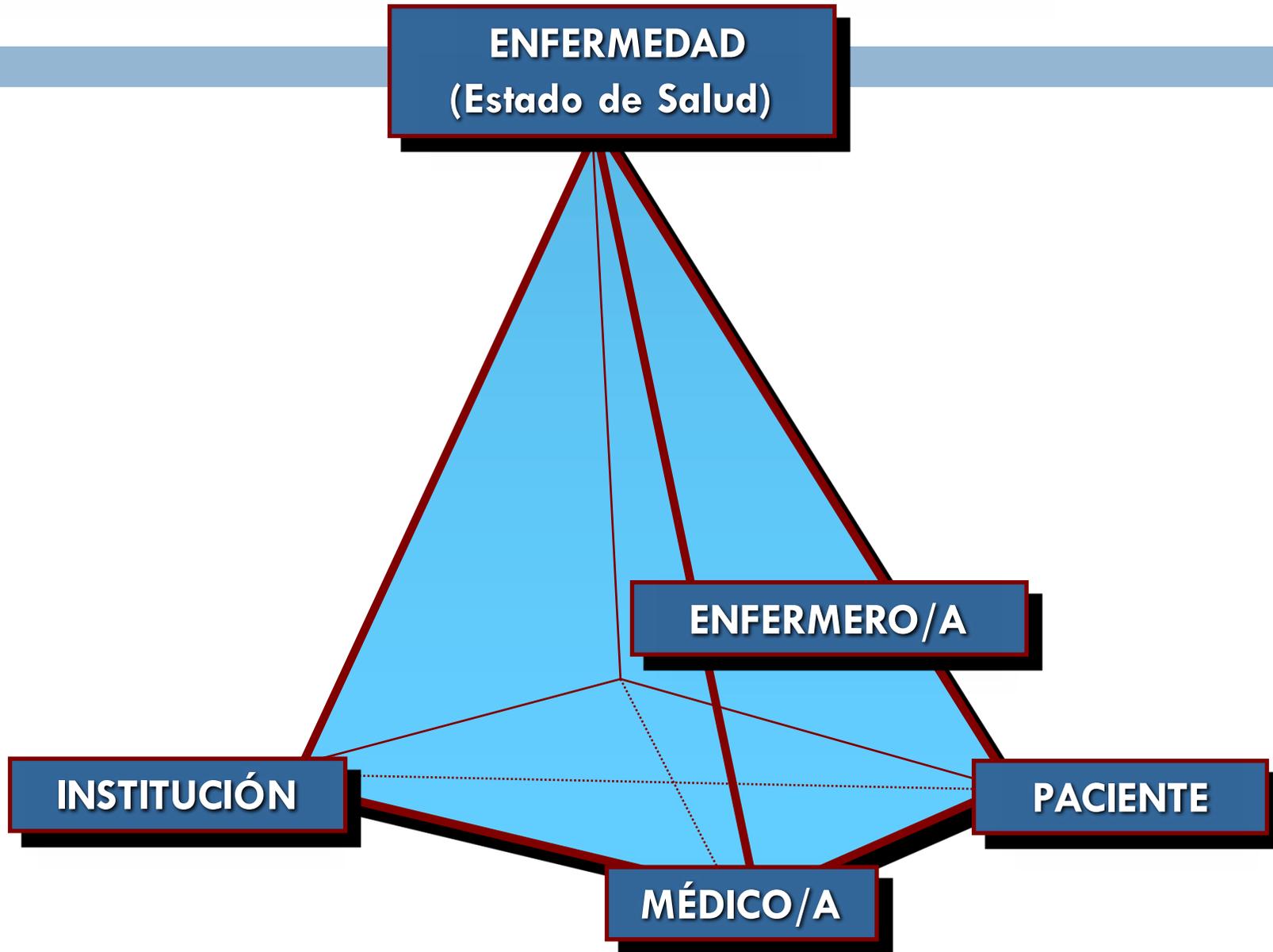
Progreso

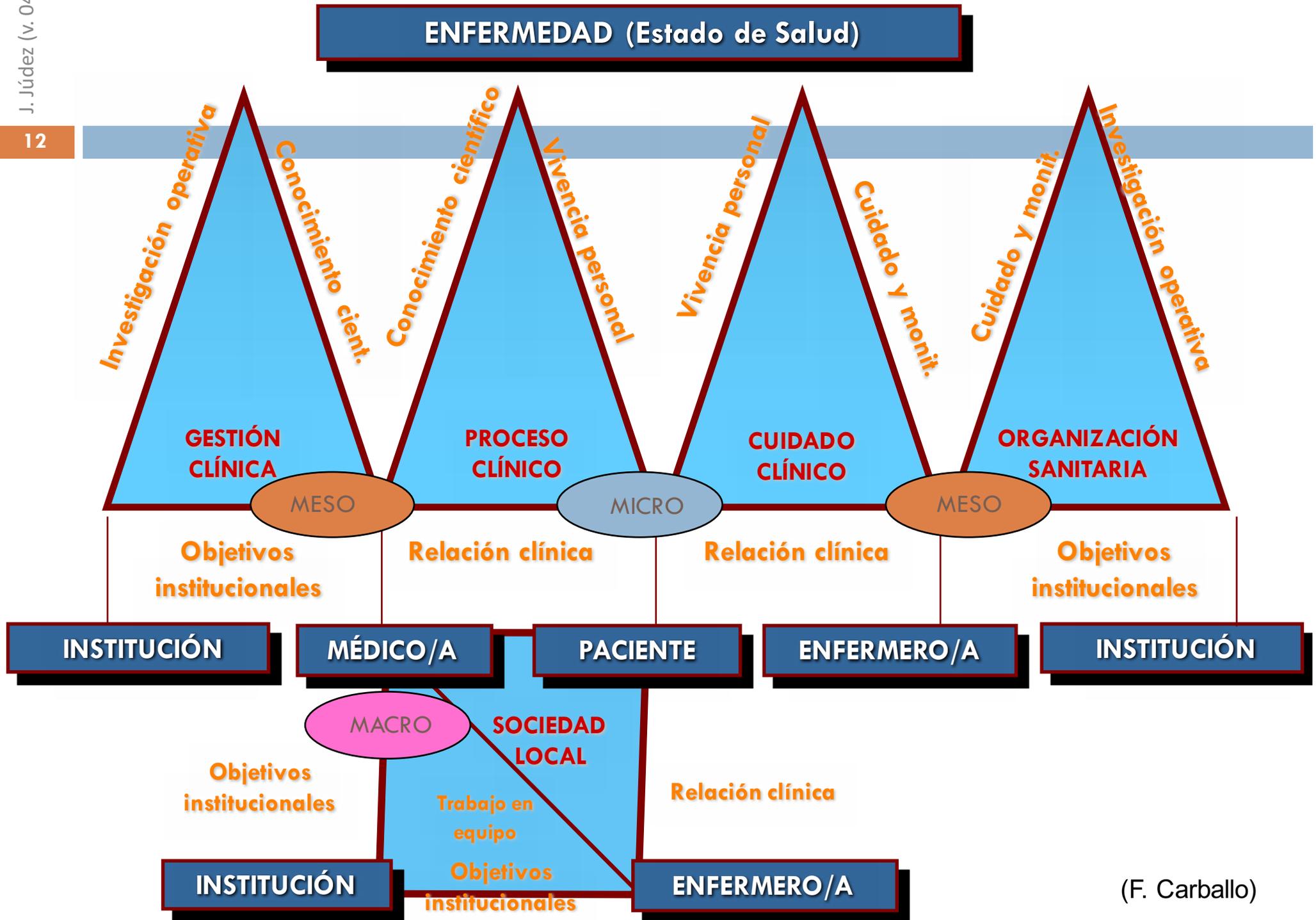
(generar conocimiento a partir de datos
e información)

Fines de la medicina

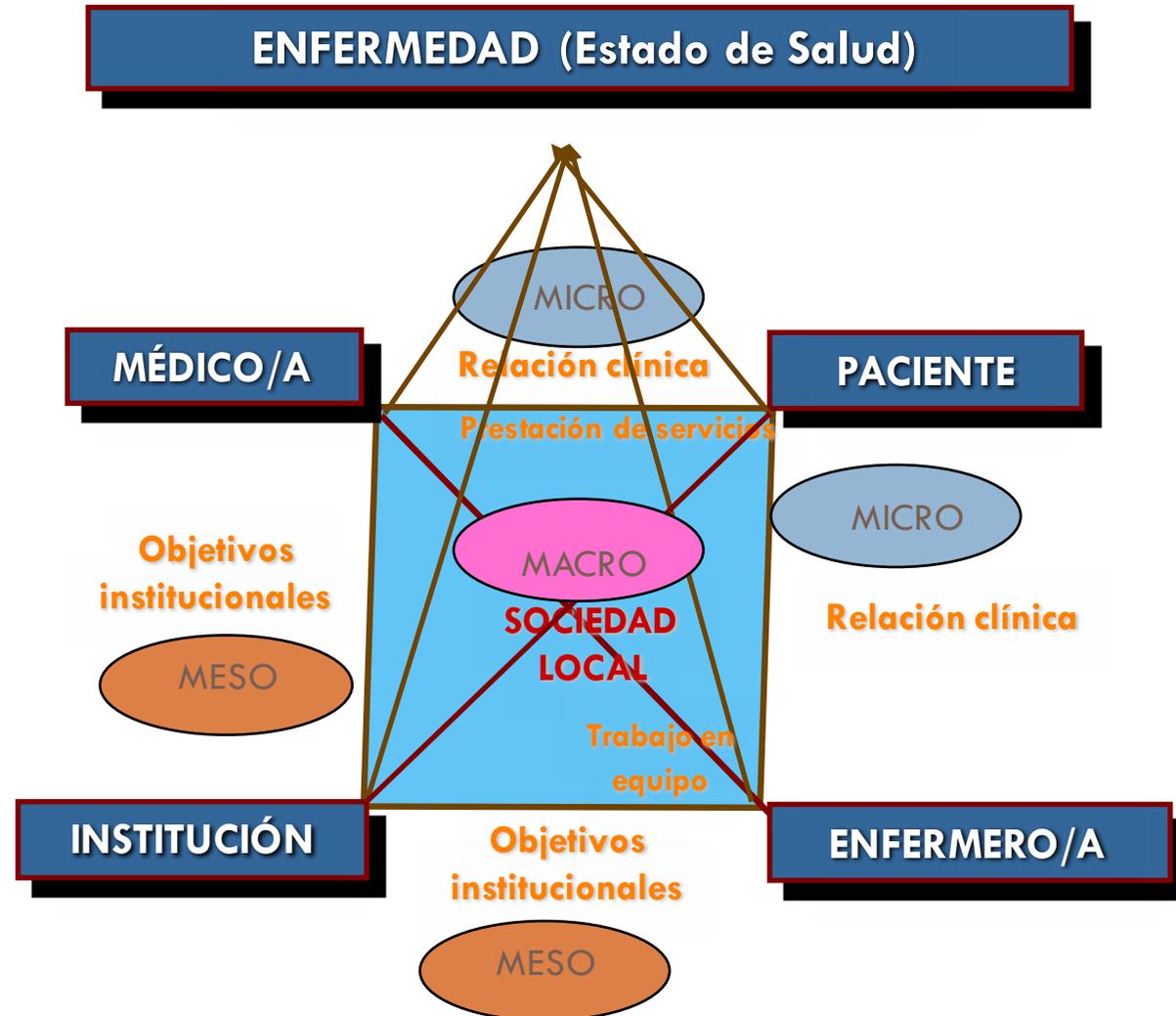
(prevenir, curar, aliviar, acompañar)

El mundo de la salud / enfermedad





Generar conocimiento para resolver problemas de salud / enfermedad



El “negocio” de la “medicina”

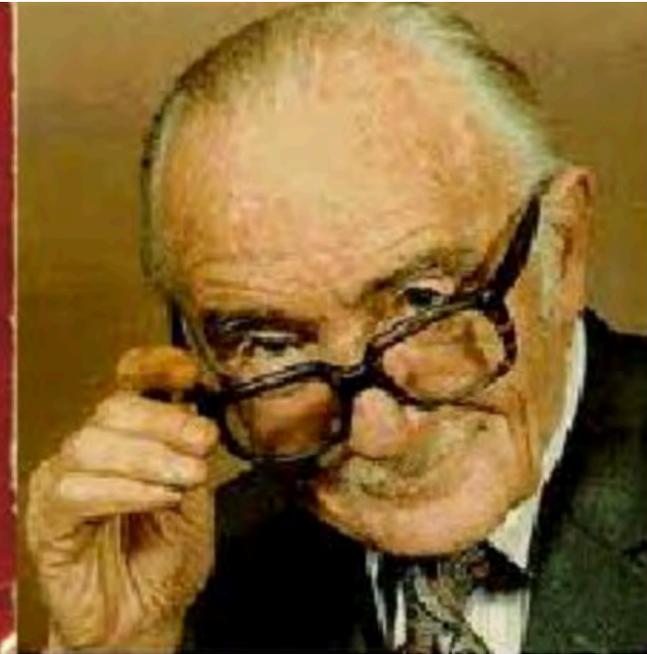
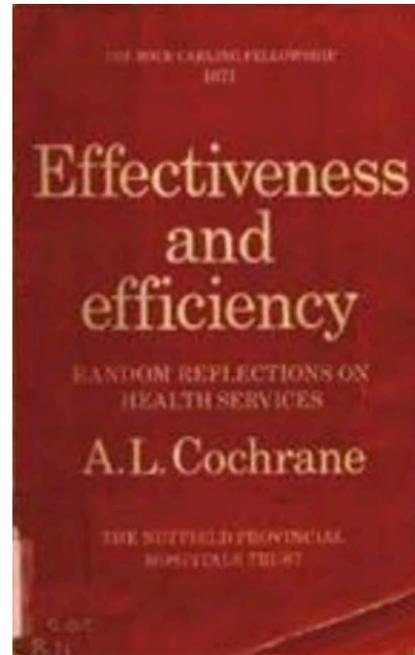
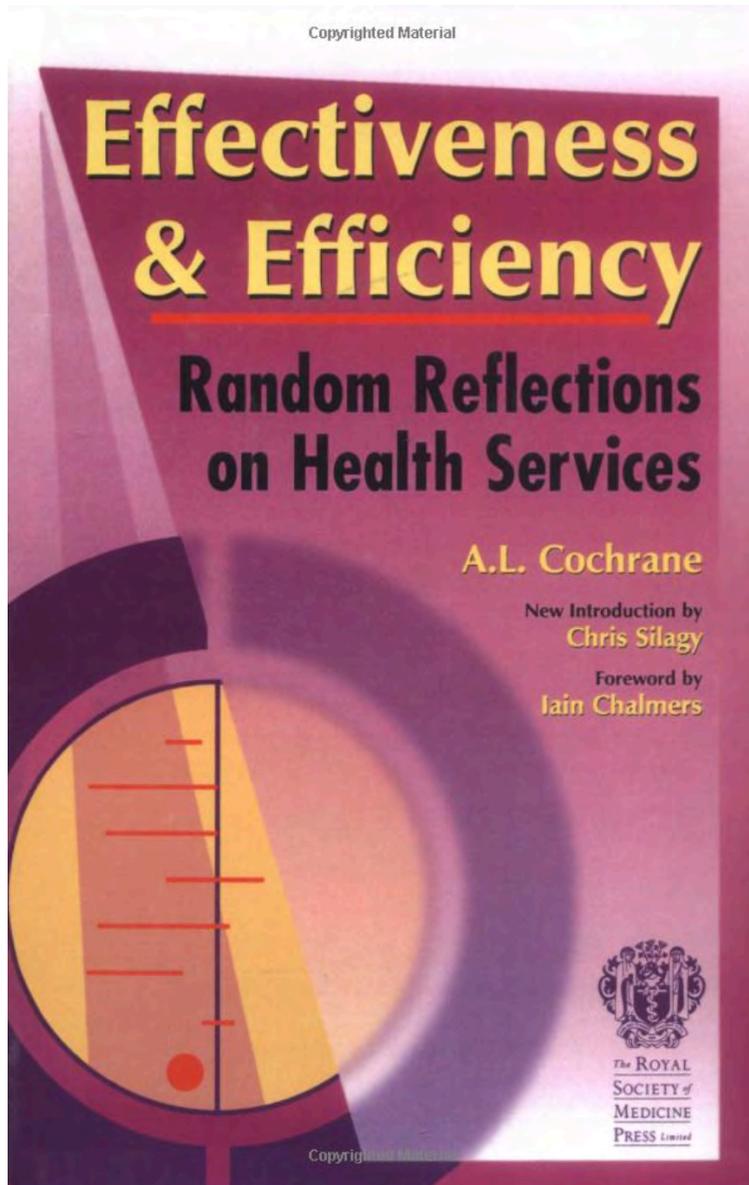
14

- El progreso responsable... en el mundo de la salud y la enfermedad (clínica e investigación). Los fines de la medicina.
 - ▣ Ciencia (progreso)
 - ▣ Bioética (responsable)
 - ▣ Cultura / educación (individuos, instituciones, sociedad)
- La paradoja de la “formalización” y el “sentido”: nuevos desafíos
- Necesidad de una visión integral
 - ▣ Tres ámbitos de responsabilidad (complementaria y compartida):
 - el fomento de valores personales, institucionales y sociales

Presupuestos lógicos y metodológicos en medicina

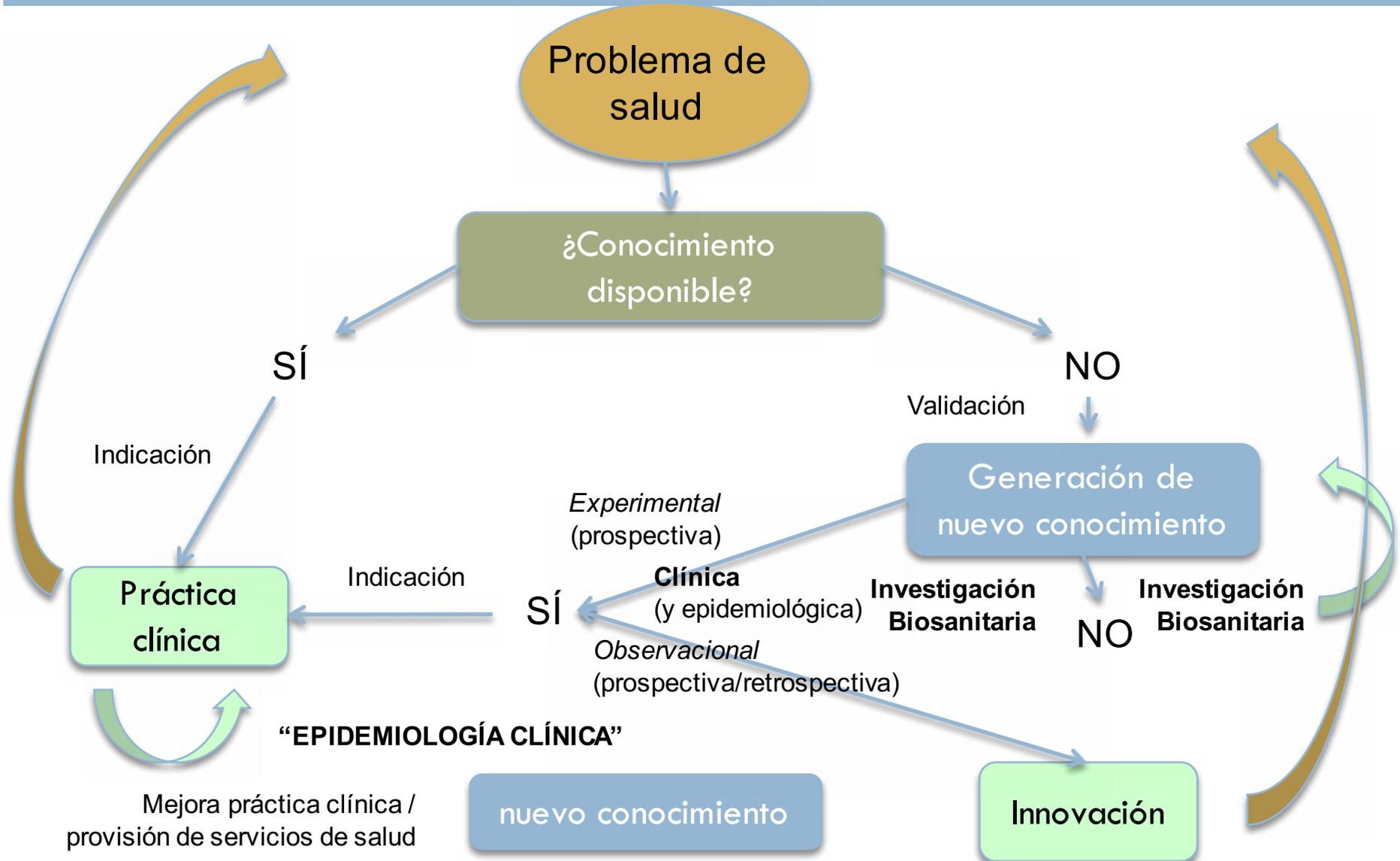
- Primer periodo: Especulación - intención (hasta el siglo XVII)
 - ▣ Medicina teórica basada en la especulación
 - ▣ Medicina práctica basada en la intención.
 - Probabilidad subjetiva
 - Controles históricos
- Segundo periodo: Experimentación - aplicación (desde s. XVII)
 - ▣ Medicina teórica basada en la experimentación
 - ▣ Medicina práctica basada en la aplicación: extrapolación
 - Moderna probabilidad
- Tercer periodo: Experimentación - validación (siglo XX)
 - ▣ Medicina teórica basada en la experimentación
 - ▣ Medicina práctica basada en la validación: verificación
 - Metodología del ensayo clínico
 - Epidemiología clínica - “medicina basada en la evidencia”

Efectividad y eficiencia... A.L. Cochrane

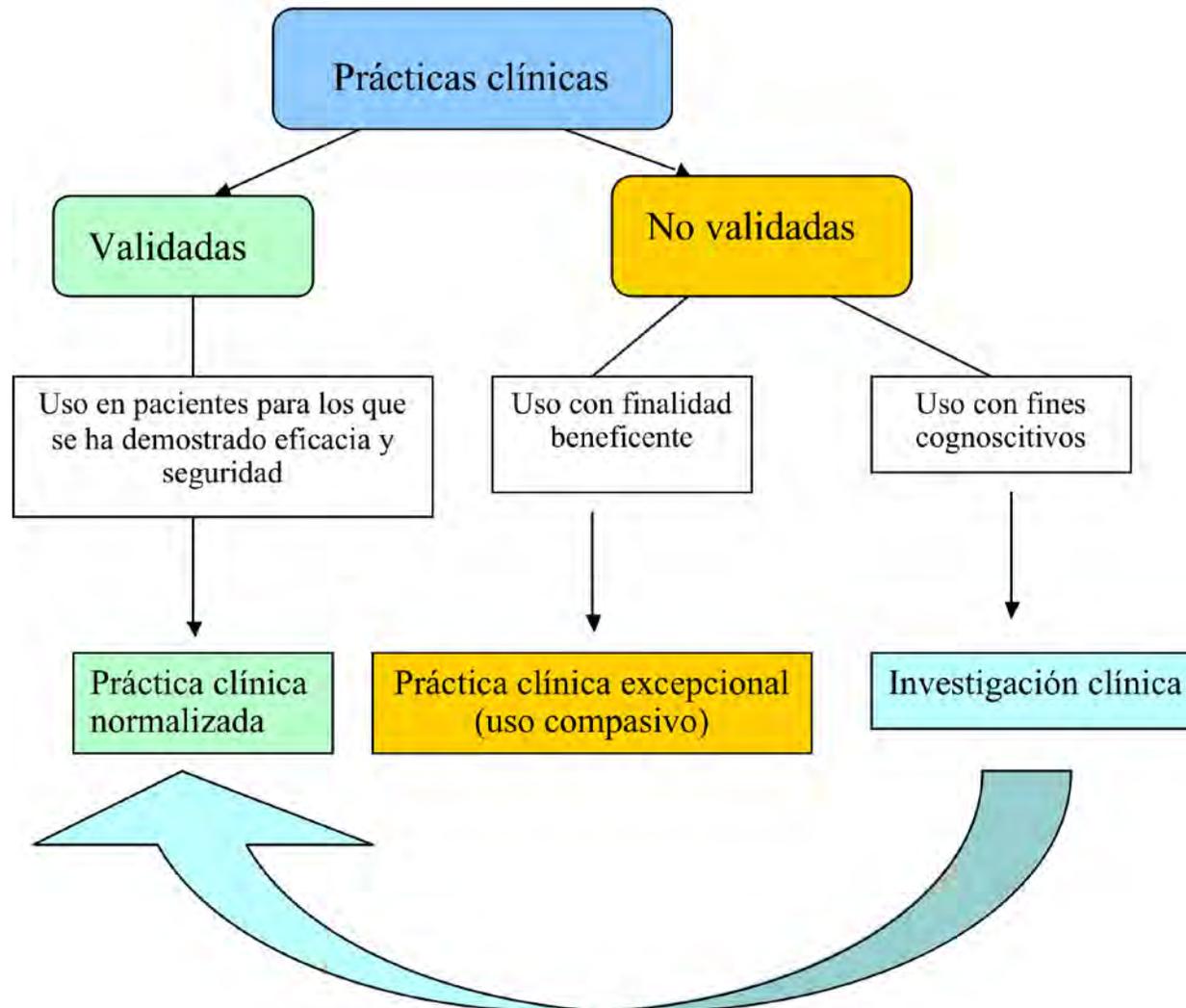


1972, 1999

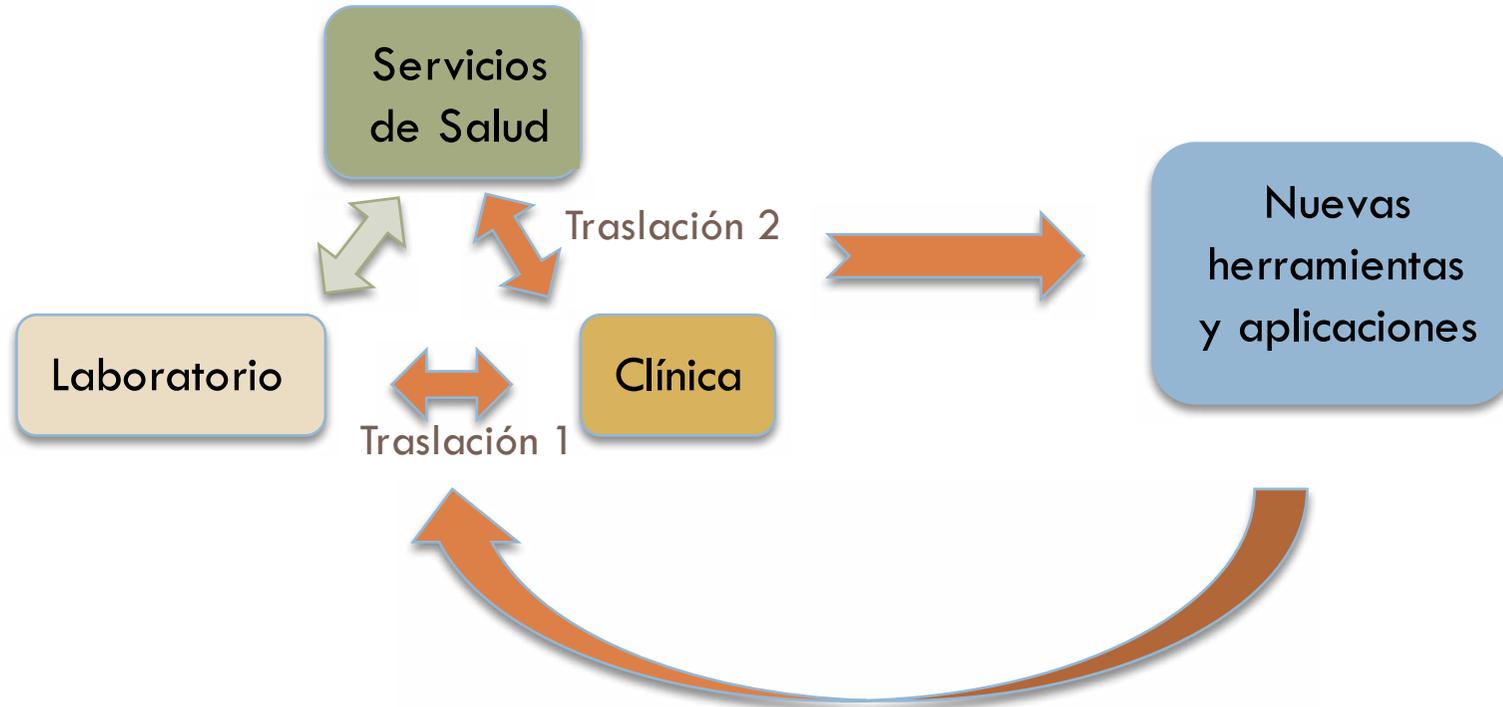
Problemas, conocimiento, validación, aplicación (indicación), evaluación (mejora) e innovación



Investigación y práctica clínica



Investigación: paradigma traslacional

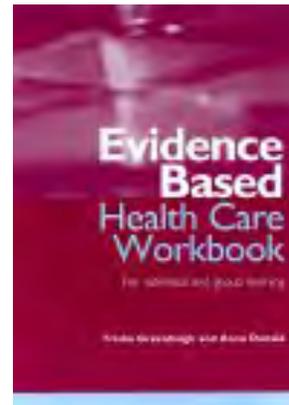
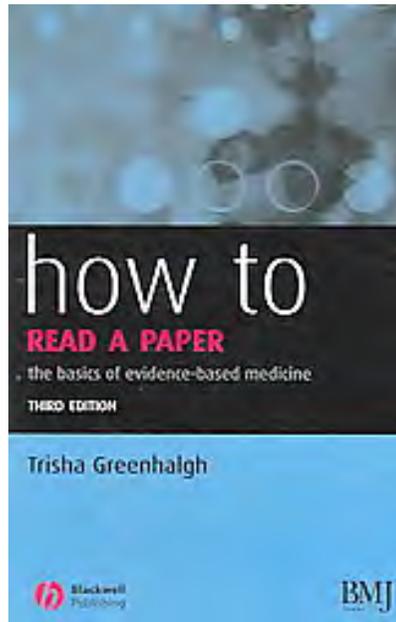


Investigación que transforma el conocimiento generado en el laboratorio, la clínica o los servicios de salud en nuevas aplicaciones y herramientas que ayudan a resolver mejor problemas sanitarios y ayudan a tomar mejores decisiones

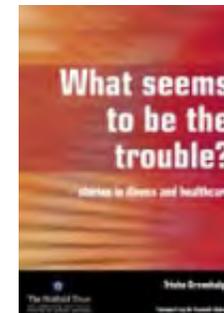
¿Sobre qué investigar en el ámbito biosanitario?: teoría, descripción, intervención

- Teoría (conocimiento especulativo, “patología”)
 - ▣ Fundamento, terreno sobre el que afrontar los problemas y plantear posibles soluciones o mejoras
- Descripción (“proceso diagnóstico”, “seguimiento”)
 - ▣ Dónde estamos
 - ▣ Indicadores
 - ▣ Identificación de problemas
- Intervención (conocimiento práctico, “clínica”, “servicios de salud”)
 - ▣ Desarrollo de propuestas de mejora o solución de problemas
 - ▣ Evaluación de resultados
 - ▣ Retroalimentación de teoría y descripción

¿SOBRE QUÉ INVESTIGAR EN SALUD? El ejemplo de Trisha Greenhalgh



Lo “hard”
“evidencia”, lectura crítica



Lo “soft”
“Narrativa”
Contexto, relato

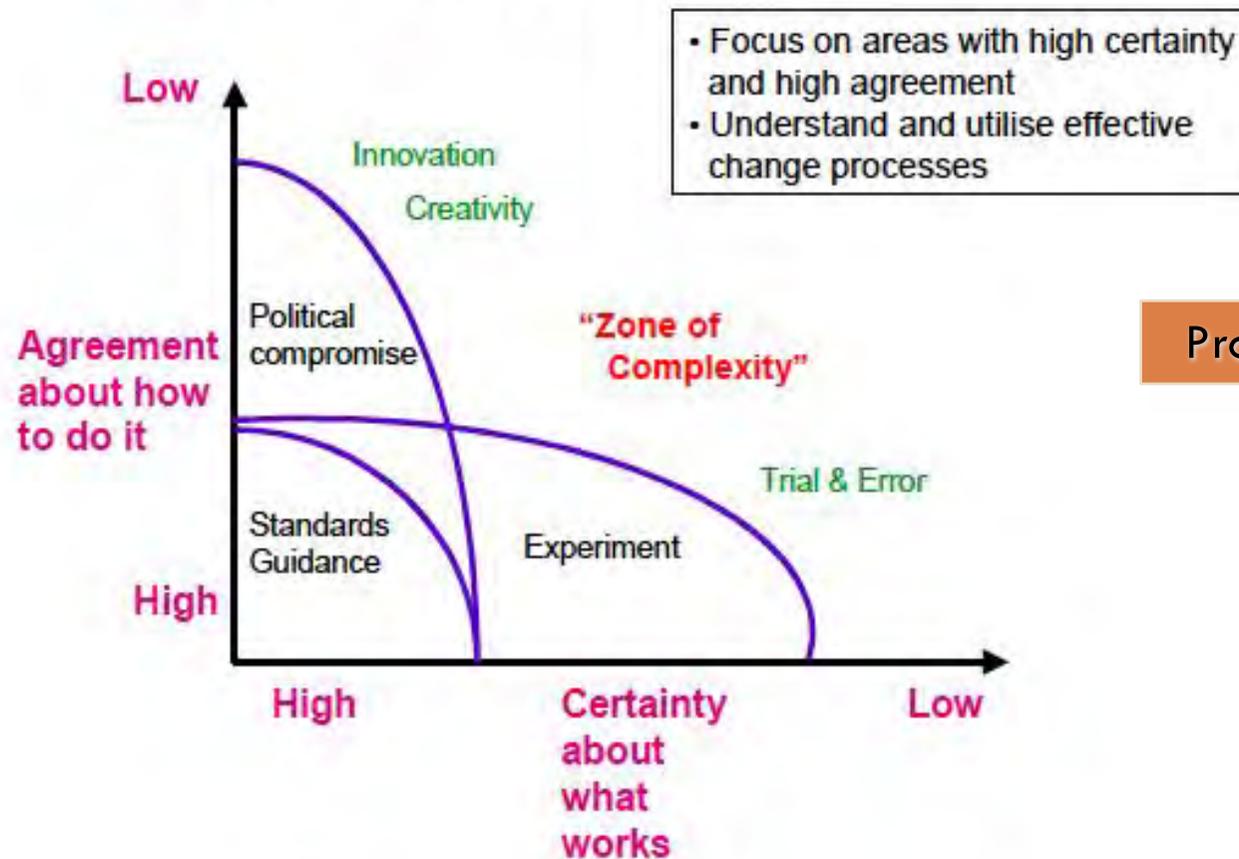
- Web: <http://www.phc.ox.ac.uk/team/trish-greenhalgh>

El ejemplo de Trisha Greenhalgh

Procesos de cambio apropiados

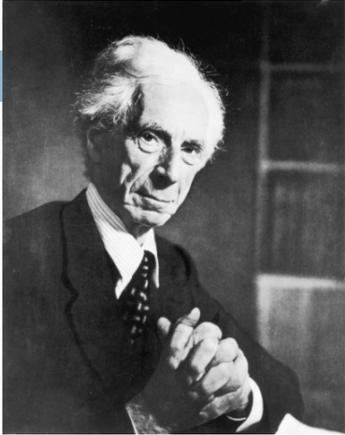


Identifying appropriate change processes



Procesos de cambio

Y dijo Russell (Bertrand, no Crowe)



El hombre, hasta ahora, no puede realizar sus esperanzas mientras ignora de qué modo hacerlo. Según desaparece esta ignorancia va siendo capaz de moldear su entorno físico, su entramado social, y a sí mismo, en aquellas formas que considera mejores. Mientras sea sabio este nuevo poder es benéfico. Tanto en cuanto sea tonto será al contrario. Por tanto, para que una civilización científica sea una buena civilización, es necesario que el aumento de conocimiento vaya acompañado del aumento de sabiduría. Por sabiduría entiendo una correcta concepción de los fines de la vida. Y esto es algo que la ciencia por sí misma no provee. **El aumento en la ciencia por sí mismo, por tanto, no es suficiente para garantizar un genuino progreso**, si bien provee uno de los ingredientes que requiere dicho progreso (1962 pp. ix-x).

Russell, B. (1962) The Scientific Outlook, New York: W. W. Norton and Company, Inc

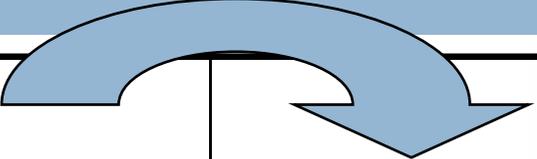
Socialización de la medicina

- Autonomía de la profesión médica (modelo liberal profesional)
- Socialización de la medicina
 - Hasta el s. XIX – lo público vía “caridad”
 - S. XX – estado del Bienestar
- Medicina y equidad:
 - John Rawls – Teoría de la justicia (1971)
 - Bienes primarios distribuidos igualmente
 - Michael Walzer – Esferas de la justicia (1993)
 - Distintos bienes sociales, distribuidos según distintas razones y procedimientos en función de su diversa consideración
 - Noción “compleja” de igualdad – “a cada cual según su necesidad”

Nuevo contexto socio-económico... y sanitario

- Laborización de los médicos
- Trabajo en equipo
- Necesidad de la administración / gestión
- Estado y “sociedad civil”
- Medicina y derecho (delicado equilibrio)
 - Derechos y deberes
 - Garantías
 - Riesgo y compensación
- Satisfacción (usuario, consumidor) y calidad

Rol “profesional” (laboral)



| profesiones | oficios |
|---|---|
| Actividad sin ánimo de lucro | Actividad cuyo primer fin es ganar dinero |
| Búsqueda de la excelencia | Cumplimiento de los mínimos legales |
| Ejercicio liberal profesional | Trabajadores por cuenta ajena en grandes empresas |
| Alta responsabilidad moral y cierta impunidad legal | Alta responsabilidad legal y escasa responsabilidad moral |
| Alta cualificación teórica | Alta cualificación práctica |

Complejidad de la salud/enfermedad

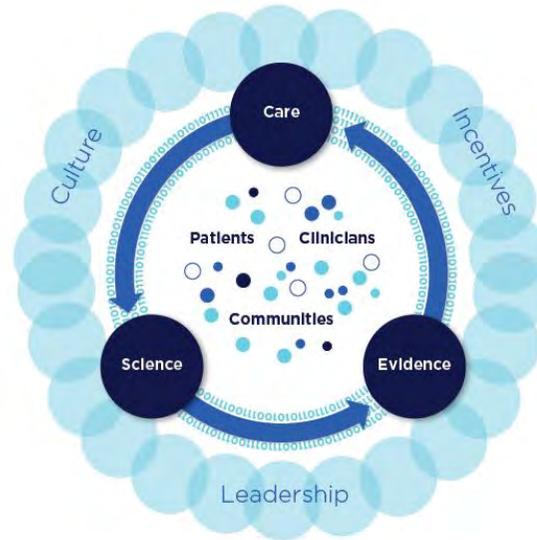
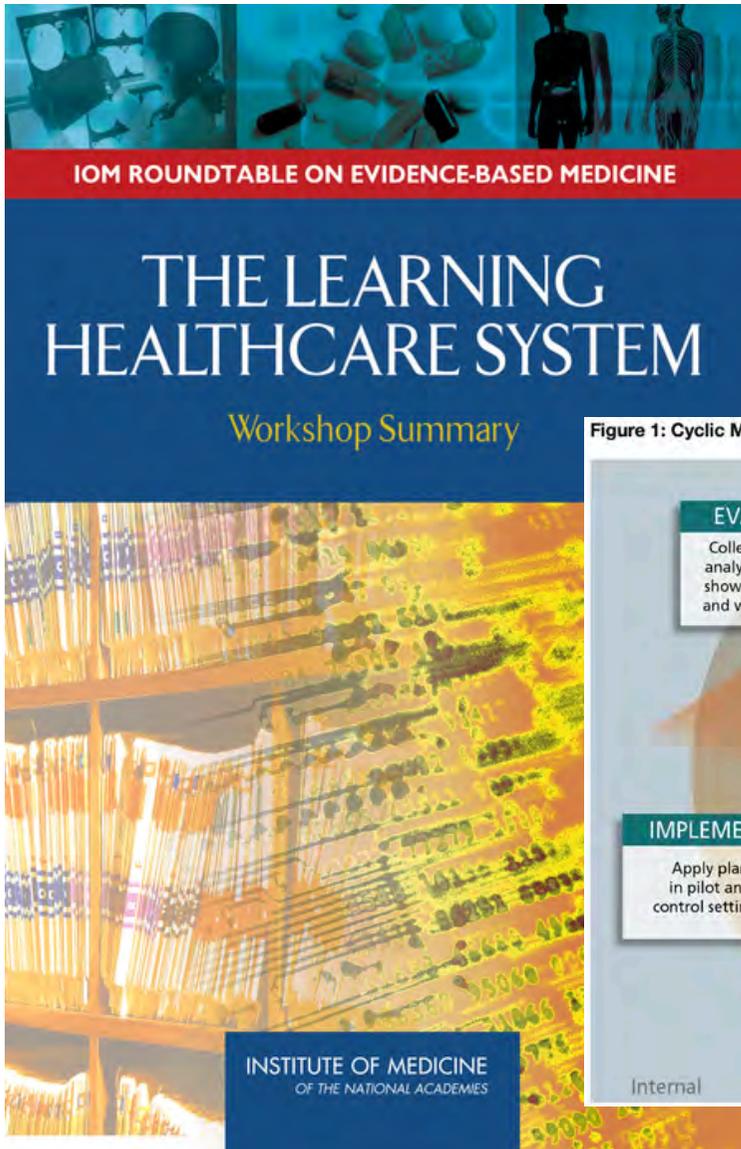
28

- Salud, ausencia enfermedad, enfermedad
 - ▣ OMS (definición 1948): “perfecto estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”
 - ▣ BMJ 2011 (marco conceptual): Habilidad de adaptarse y de autogestionarse
- “Disease” (entidad) / “Illness” (vivencia)
- Asistencia sanitaria (provisión de servicios)
- Fines de la asistencia sanitaria: enfermedades, cuerpos, personas
- Lo “biológico” (dolor) en su contexto experiencial personal biográfico (sufrimiento)
- Tomar decisiones – experiencias de sentido
- Lo relacional en la terapia:
 - ▣ Persona (enfermo) + enfermedad --- persona (profesional) + “prescripción”

Sistema de salud que aprende

29

(2007)



(2013)

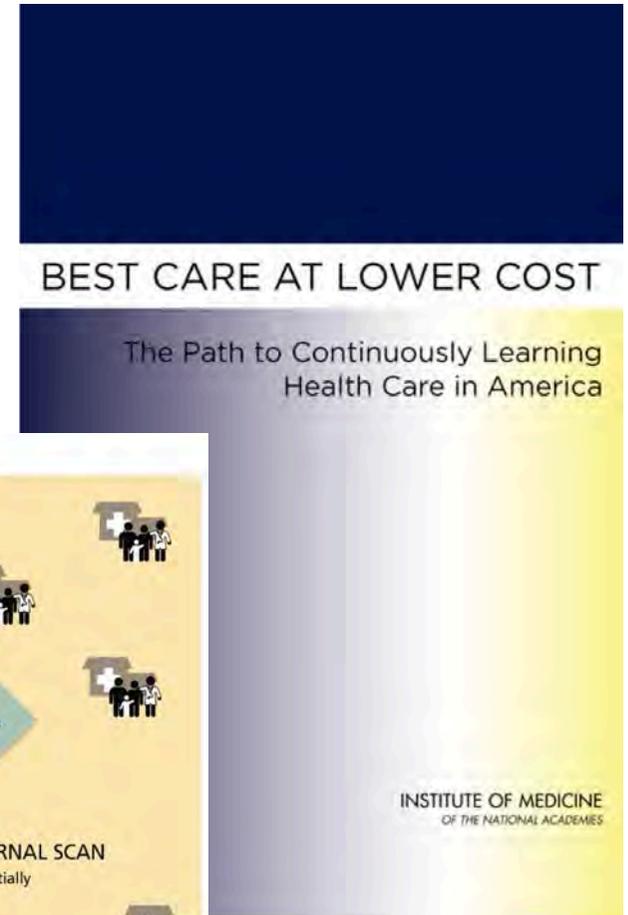
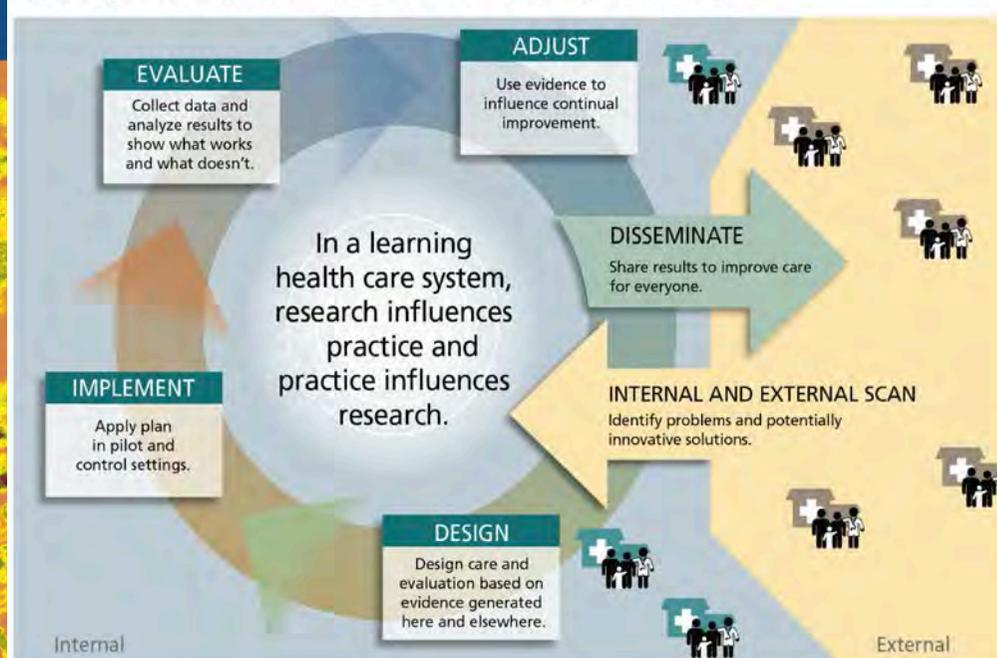


Figure 1: Cyclic Model for Kaiser Permanente Colorado's Learning Health Care System



Fluidez del conocimiento: perspectiva actual

- Nuevas tecnologías y conocimientos:
 - Biotecnología
 - Nanotecnología
 - Genética
 - Reproducción
 - Neurociencias
 - Medicina personalizada
 - Biología de sistemas
- Medicamentos y dispositivos
- Provisión de servicios y sistemas complejos: gobernanza inteligente y anticipatoria
 - Educación inter- y multi-profesional y práctica colaborativa
 - Centrado en el paciente / la persona
 - En la comunidad
- Perspectiva de curación/ mejora:
 - Curso de la enfermedad, funcionalidad y trayectorias de enfermedad;
 - segmentación de servicios por necesidades de asistencia (puentes hacia la salud)

La incertidumbre

“Pero, ¿va a funcionar, doctor?”



MBE y MCP (“evidencia” y paciente)

Introduction to the new edition

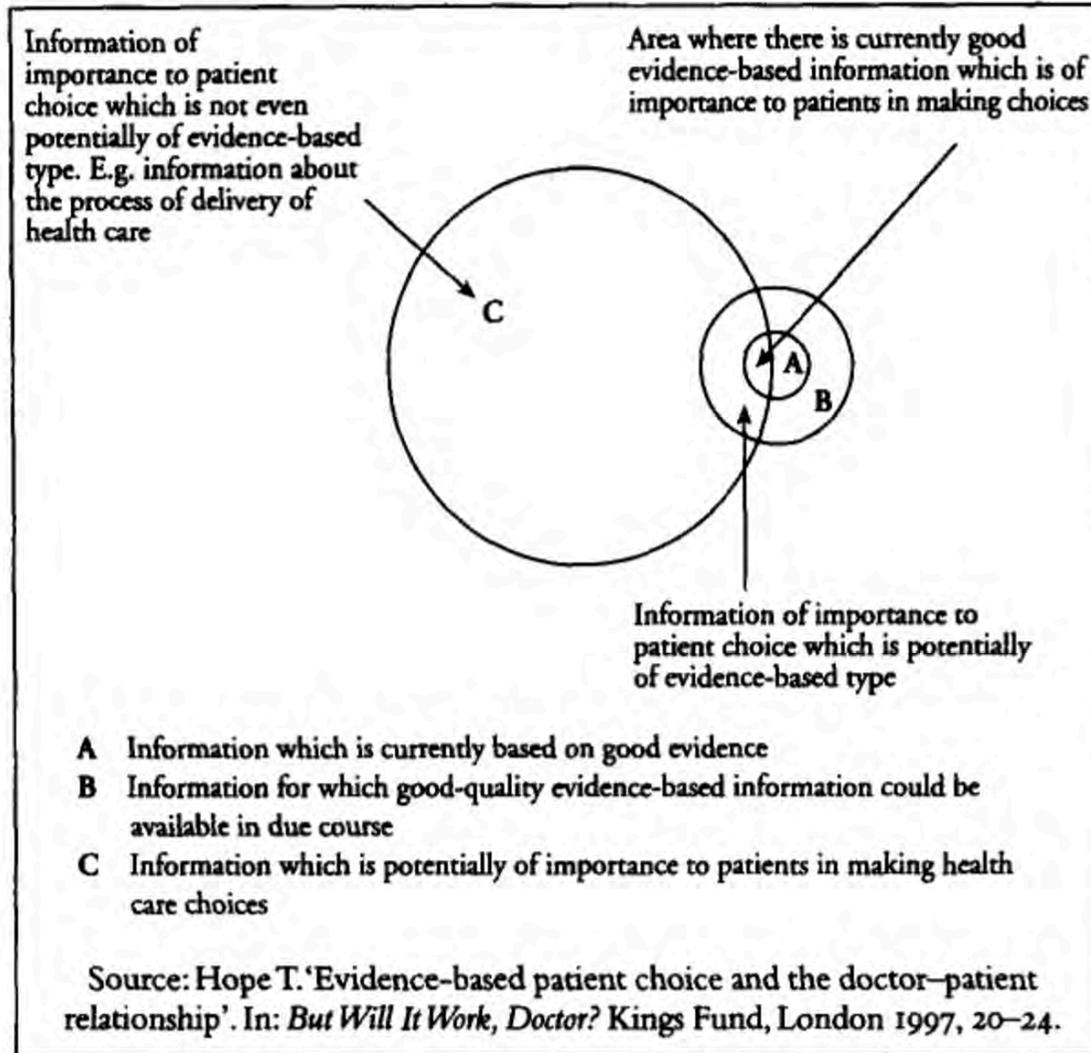


FIGURE 1. The relationship between evidence-based medicine and patient-centred medicine

Efectividad y eficiencia... A.L. Cochrane

Copyrighted Material

“Tenía un joven prisionero de guerra soviético que se estaba muriendo y padecía mucho dolor. Estaba haciendo un ruido espantoso en un pabellón muy grande. Yo no tenía ni medicamentos ni ningún lugar aislado para él. Nadie era capaz de hablar el ruso. Desesperado, y de manera puramente instintiva, me senté en su cama y le tomé en mis brazos. El efecto fue casi mágico, pues se calló de golpe y murió pacíficamente unas horas más tarde. Yo aún me encontraba con él, medio dormido y muy tieso. Creo que mi intervención personal mejoró enormemente la calidad asistencial en este caso, y sé que estuvo basada en el instinto y no en la razón. Me siento más bien tímido a la hora de discutir racionalmente acerca de la calidad. **Todos somos capaces de reconocer la calidad cuando la observamos y, de manera particular cuando nos beneficiamos de la misma.** En la *curación*, los resultados juegan un papel importante a la hora de determinar la calidad, pero ciertamente no se trata de la historia completa. Los factores realmente importantes son la *amabilidad* y la *capacidad de comunicarse* con el resto del equipo médico. En la *asistencia* está claro que estos dos últimos factores juegan un papel todavía mucho más importante”

SOCIETY OF
MEDICINE
PRESS Limited

1972, 1999

COLLABORATION®

CALIDAD Y ÉTICA

“incluso en su momento más técnico y científico, la provisión de asistencia sanitaria es siempre, siempre, un acto social”

“The human reality of healthcare is easy to lose in the proliferating jungle of inanimate technical wonders that are looked to increasingly as the way we will ‘really’ get better healthcare. But the wisdom captured in the discussions at Cliveden suggests that we will continue to be deeply disappointed if we expect biological wizardry and technical fixes, for all their power and value, to do the job by themselves.

More importantly, this wisdom asserts that because healthcare is, at its core, a giving and receiving by sentient human beings, as individuals and in social groups, the real power for improvement will therefore lie in mastering the complex realities that drive, and that inhibit, human performance, professional behaviour and social change. For example: the expression of individual and group self-interest; the ways that people assert power and control; the strength of group identity and communities of practice; the mysteries of context and its influence; the moral assumptions that underlie methods of evaluation; the importance of belief, as well as understanding, in knowledge; the strengths and limitations of ‘group-think,’ also known as, democracy, the enormous and mostly untapped power of cooperative, crossdisciplinary learning and action are all illustrative. In short, we need to modulate our magical thinking about the value of tools and techniques by seriously entering into the ‘alternate universe’ of Aristotelian phronesis- becoming capable of action with regard to the things that are good for humankind.”

Los fines de la “medicina”

35

- HCR, Nov-Dec 1996. “Los fines de la medicina. Estableciendo nuevas prioridades”
 - Definición de “salud” y otros conceptos clave
 - *Malady* (mal)
 - Conjunto de condiciones que además de la “enfermedad” (*disease*) comprometen la salud, como “*impairment*” (discapacidad), “*injury*” (lesión) y “*defect*” (defecto).
 - Circunstancia en la que una persona sufre o tiene un mayor riesgo de sufrir un “mal” (*evil*) (interno) como muerte extemporánea, dolor, discapacidad, pérdida de libertad u oportunidad o pérdida de placer), en ausencia de una causa externa distintiva (distinto, p.ej. al dolor causado por tortura, o violencia de un tercero).
 - *Disease* (enfermedad)
 - Mal función fisiológica o psíquica basada en una disminución del funcionamiento normal estadísticamente estándar que genera “*illness*” o discapacidad o aumenta la posibilidad de una muerte prematura.
 - *Illness* (malestar o padecimiento)
 - Sentimiento subjetivo de un individuo ausencia o alteración del bienestar corporal o psíquico, estando el funcionamiento ordinario en la vital alterado.
 - *Sickness* (dolencia)
 - Percepción social del estado de salud de una persona, que implica normalmente una percepción externa de que una persona no está funcionando bien, psíquica o físicamente.

Los fines de la “medicina”

36

- HCR, Nov-Dec 1996. “Los fines de la medicina. Estableciendo nuevas prioridades”
 - ▣ Cuatro “fines” de la medicina (valores nucleares o ideales regulativos a ser perseguidos).
 - La prevención de *enfermedades y lesiones* así como la promoción y la conservación de la *salud*
 - El alivio del *dolor* y el *sufrimiento* causados por *males*
 - La atención y la curación de los *enfermos* así como los cuidados a los *incurables*
 - La evitación de la *muerte prematura* y la búsqueda de una *muerte tranquila*.

Más acá de la salud... lo vivencial

¿Cuál es la tarea? (“fines de la medicina”): alivio del sufrimiento

37

- Tomar decisiones en un contexto de incertidumbre y relacional
- basadas primariamente en la persona enferma y no (tanto) en su enfermedad,
- maximizando la función más allá de la mera longitud de la vida y
- Minimizando activamente el sufrimiento

ACTUAR ASÍ, PREVIENE Y/O ALIVIA EL SUFRIMIENTO

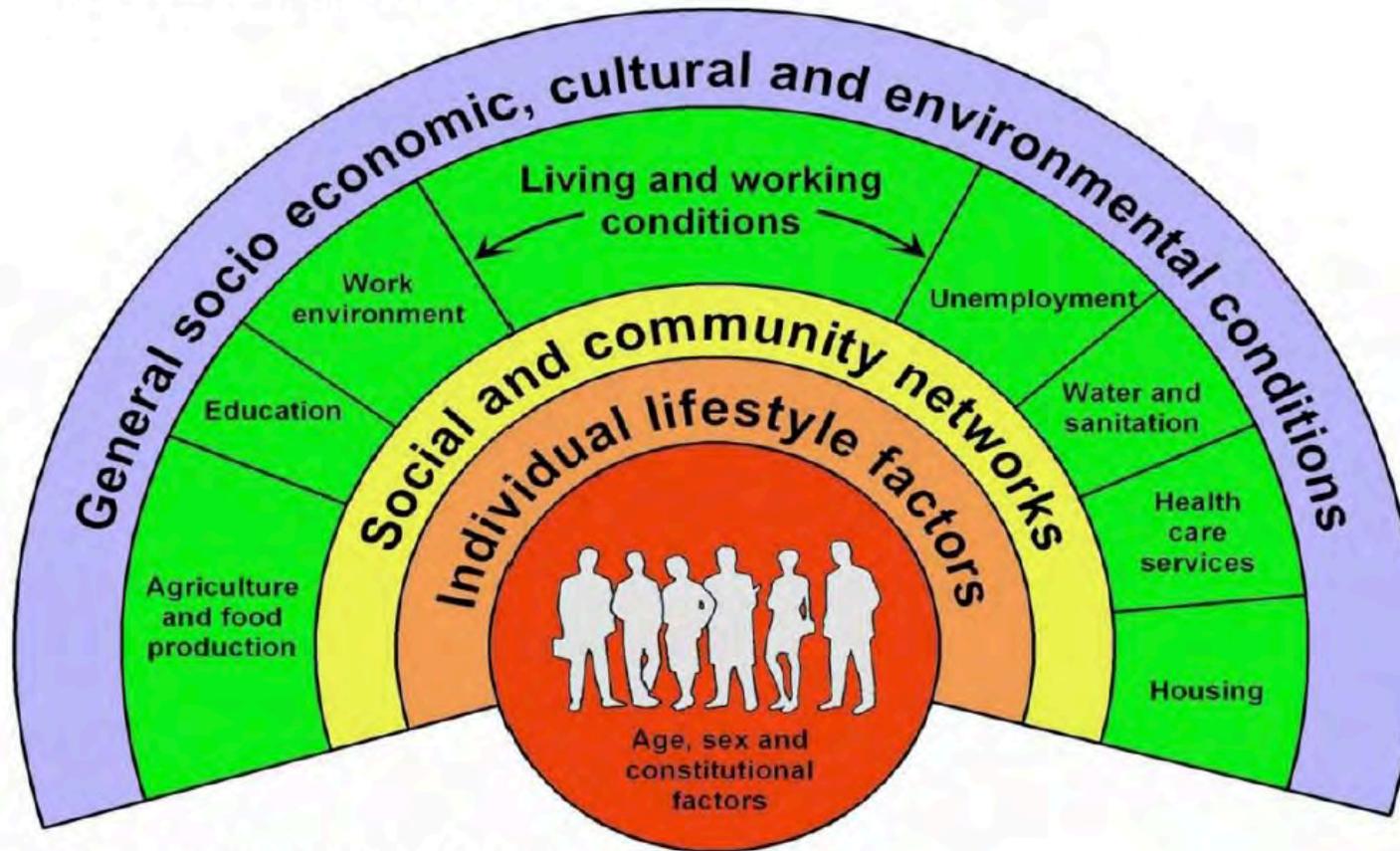
(dimensión terapéutica del profesional y de la relación clínica)

EQUILIBRIO INTEGRIDAD PERSONAL Y FUNCIÓN SOCIAL / SUFRIMIENTO

Más allá de la salud... ¿lo socio-sanitario?

Salud, salud comunitaria, determinantes de salud

Fig. 8. Determinants of population health



Source: Dahlgren & Whitehead (2006).

BUENAS PRÁCTICAS DE GESTIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD:



ENTRE LA PROFESIONALIZACIÓN, LA CALIDAD, LA
ESTANDARIZACIÓN, LA EXCELENCIA Y LA REALIDAD

ÉTICA (FILOSOFÍA)

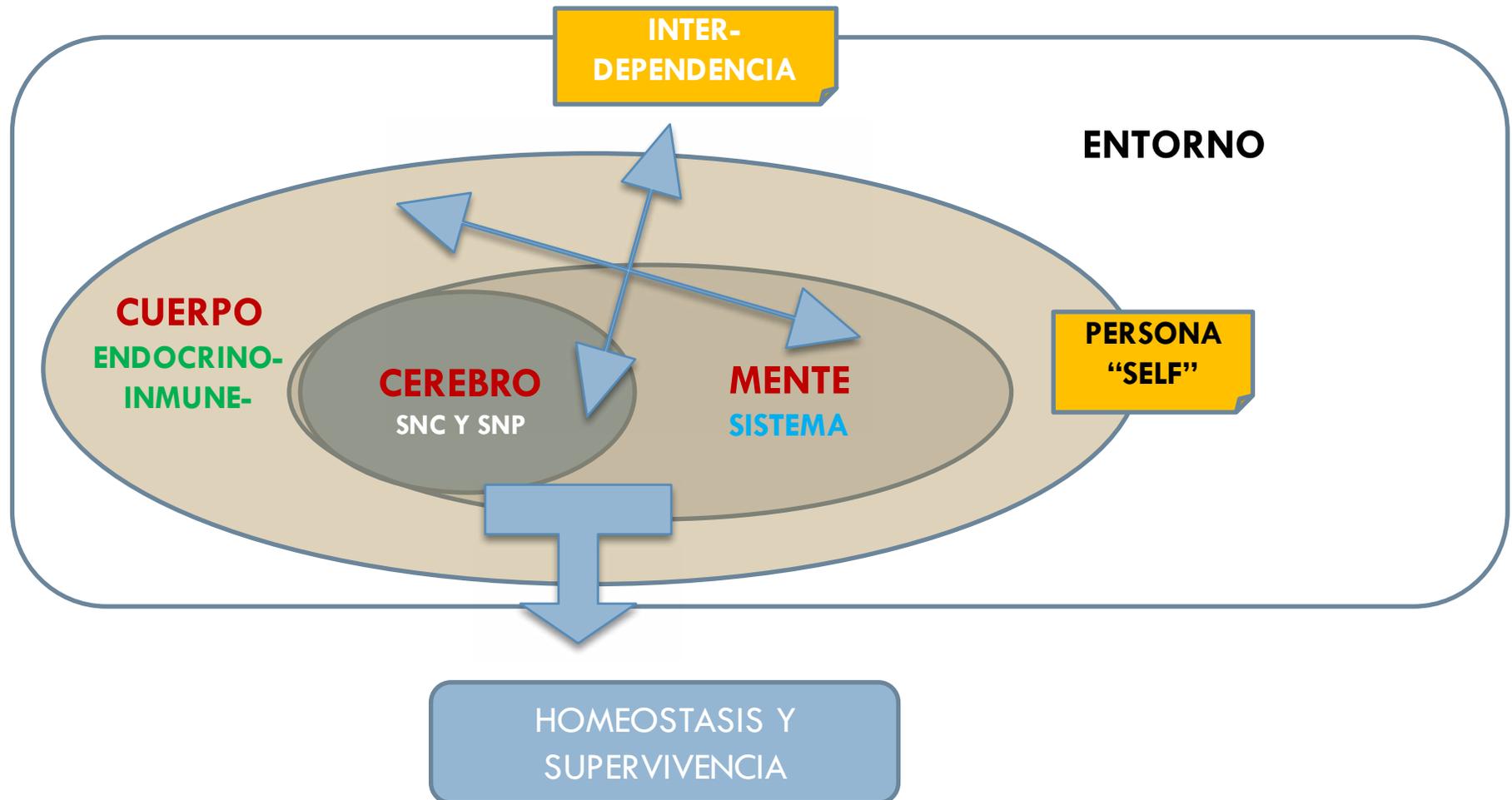
Construir valores
Responsable
(generar “sabiduría” para gobernarse
como individuos, instituciones, sociedad)

El trasunto de la bioética



(Casi) sin
palabras

El ser del ser humano: Cuerpo- Cerebro – Mente - Entorno



Parvus error in principio magnus est in fine

- La valoración, **fenómeno biológico**
 - ▣ Vivir es un continuo ejercicio de valoración.
 - ▣ No se puede no valorar (parte del psiquismo específicamente humano).
- Valoración: elemento o un momento de ese proceso de **transformación de la naturaleza en cultura**, que el ser humano necesita imperiosamente hacer en orden al logro de su propia **subsistencia**.
- Los **valores** como **categoría central en la ética**
 - ▣ Categorías derivadas: derechos humanos, principios morales, normas de acción.

Valor y precio. Estimativa.

“¡Quién fuera diamante puro!
Dijo un pepino maduro.
Todo necio
Confunde **valor y precio**”

Antonio Machado

El drama de la vida humana no se hace tan evidente en la dimensión espacial de la realidad cuanto en la condición tempórea de nuestra existencia.

- La estimación, el juicio estimativo (de valor)
 - ▣ ¿Qué son los valores? Iniciación a la estimativa. José Ortega y Gasset (1923). “Órgano valores”: el gusto.
- El amor nos liga a las cosas... El amor como vehículo para la captación de valores.

Valores intrínsecos e instrumentales

- **Valores intrínsecos o valores en sí**
 - ▣ Aquel que desaparecido se produciría una pérdida de algo considerado importante (valioso)
 - ▣ Belleza, salud, amor, amistad, vida, justicia, paz
 - ▣ No son intercambiables (valor en sí).
 - ▣ No se miden en unidades monetarias. “El ser humano tiene dignidad y o precio” (Kant). “Sólo el necio confunde valor (intrínseco) y precio (valor instrumental)” (Antonio Machado)
- **Valores instrumentales o por referencia (para)**
 - ▣ Valor referido o dependiente de otro distinto
 - ▣ Pueden permutarse entre sí
 - ▣ Unidad de medida: económica (monetario). Tienen precio.

Los valores y su “mundo”

- Los valores, realidades **objetivas** (el intuicionismo axiológico) - Objetivismo
 - ▣ Ideas platónicas: valores verdaderos que si no se ven es por ignorancia, por incapacidad o por malicia
- Los valores, realidades **subjetivas** (es subjetivismo axiológico) - Subjetivismo
 - ▣ Se pueden argumentar sobre ideas pero no sobre creencias o valores.
 - ▣ “Sobre gustos no hay nada escrito”
- Los valores, realidades **construidas** (el constructivismo axiológico) – Intersubjetivismo – “construcción de valores”
 - ▣ Razonabilidad
 - ▣ Deliberación

Valores, realidades construidas (D. Gracia)

- Los valores se construyen y se destruyen.
 - ▣ ¿Desde dónde? Desde la realidad (en un sentido zubiriano), momento inicial, hacia la idealidad, momento final o terminativo.
- A través de proyectos humanos (que serán humanizadores, tanto en cuanto tiendan a la idealidad a realizar, nunca realizada).
- Todo acto humano acaba plasmando valores o disvalores en la realidad.
- Los valores se construyen desde un “depósito” previo, a través de proyectos que incluyen necesariamente opciones de valor.
- La construcción de valores tiene un pasado (análisis de su historia), un presente (diagnóstico situación actual) y un futuro (proyecto); es constitutivamente histórica.
- Riesgo 1: tiranía de los valores (religiosa o de otro tipo, político, etc). Valores ideales en entes o realidades absolutas. Fundamentalismos

Valores, realidades construidas (D. Gracia)

- ▣ Carácter antinómico de los valores.
- ▣ No cabe identificar o confundir los valores ideales con los deberes.
- ▣ Absolutismo axiológico
- ▣ Riesgo 2: subjetivismo.
 - ▣ Emociones puramente subjetivas e irracionales, carentes de toda lógica
 - ▣ Debemos tolerar y respetar pero no entender y menos argumentar.
 - ▣ Relativismo axiológico. Lo más frecuente hoy en día.
- ▣ Constructivismo: desde la realidad como formalidad y sin salir de ella (dada e invariante), construyendo el contenido, deliberando.
 - ▣ Dos niveles:
 - el ideal del proyecto (subjetivo). Proyecto (individual o colectivamente, deliberando) hacer algo que aún no es y que creo que es bueno que sea, que debe de ser.
 - El ejecutivo, ponerlo en obra: busco añadir valor a aquello de lo que parto. Y genero un producto (objetivo).
 - ▣ Trabajo con la realidad recibida (concreta, con sus circunstancias), a fin de transformarla.

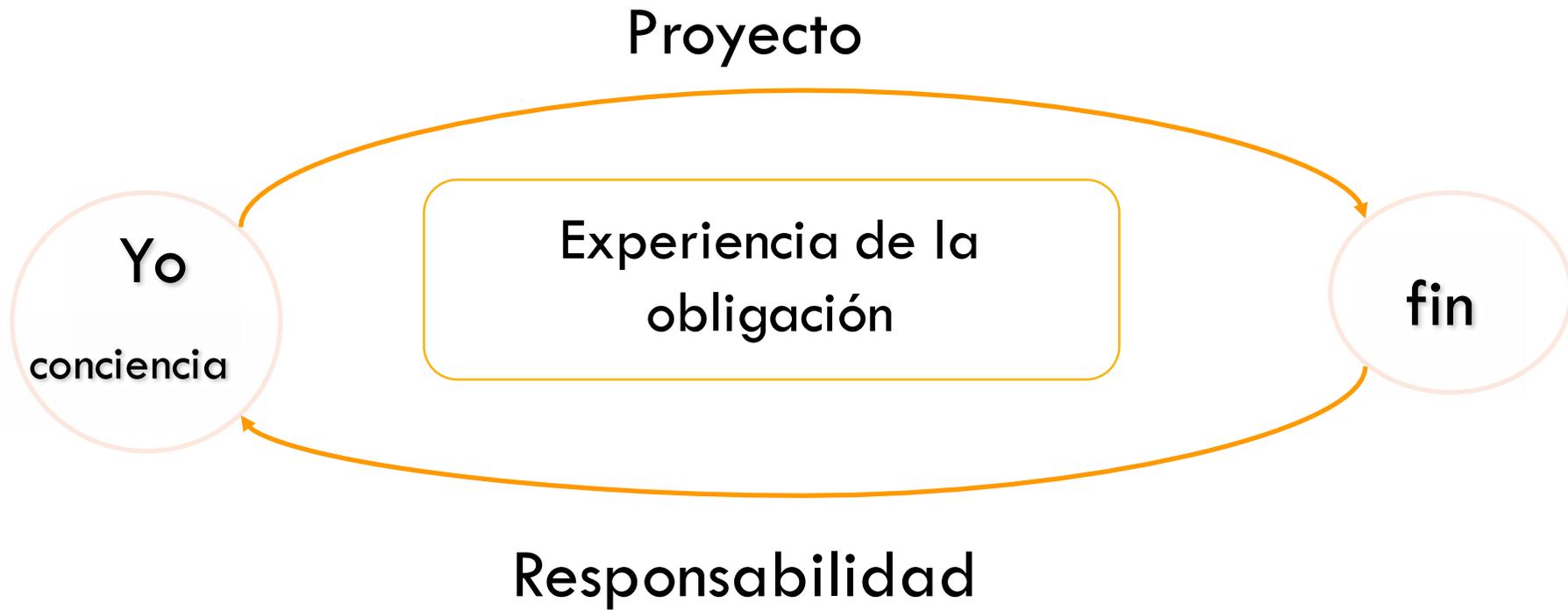
Valores, realidades construidas (D. Gracia)

- Recibimos una realidad heterónomamente (el aquí y el ahora en el que nos toca vivir, la cultura, el legado que recibimos).
- Autónomamente proyectamos y construimos valores, generando “valor añadido”.
- La construcción humana exige el proyecto previo, y el proyecto no merece el calificativo de verdaderamente humano si no es autónomo.
- Libertad y autonomía. Educación en valores. Deliberación.
- ¿Qué es **educar en valores**?
 - ▣ Promover la formación de personas autónomas, adultas, responsables, capaces de hacer proyectos creativos, de comprometerse en su realización y de asumir la **responsabilidad** inherente a todo ese proceso.
 - ▣ Crear personas deliberativas.
 - ▣ Fomentar sociedades deliberativas que “den de sí” (sean inteligentes) y no degeneren (sean estúpidas).

El deber y el debería (en la construcción de valores)

- El “**debería**” (tiempo potencial):
 - ▣ Imperativo moral categórico: proyectar un mundo en el que todos los valores se hallen plenamente realizados.
 - ▣ Mundo **ideal** (utopía) al que tendemos: “reino de Dios” o “paraíso” (tradición cristiana); “reino de los fines” (Kant); “paraíso del proletariado” (marxismo), utopía.
- El “**debe**” (tiempo indicativo)
 - ▣ Imperativo moral hipotético (considera las **circunstancias**: “debería pero debido a las circunstancias...”).

Experiencia moral



La condición de **proyectar**

- Funciones **cognitivas** (juicios de hecho)
 - ▣ Descriptivo
- Funciones **evaluativa**, estimativa, valorativa (juicios de valor)
 - ▣ Evaluativo
- Función **ejecutiva**, práctica, de realización (juicios de voluntad o decisión)
 - ▣ Evaluativo
 - ▣ Lo que podemos, debemos o tenemos que hacer: mandato moral. “Añadir valor a la realidad”

Los hechos los “analizamos” los seres humanos...

Acceso al conocimiento: Ética y Clínica

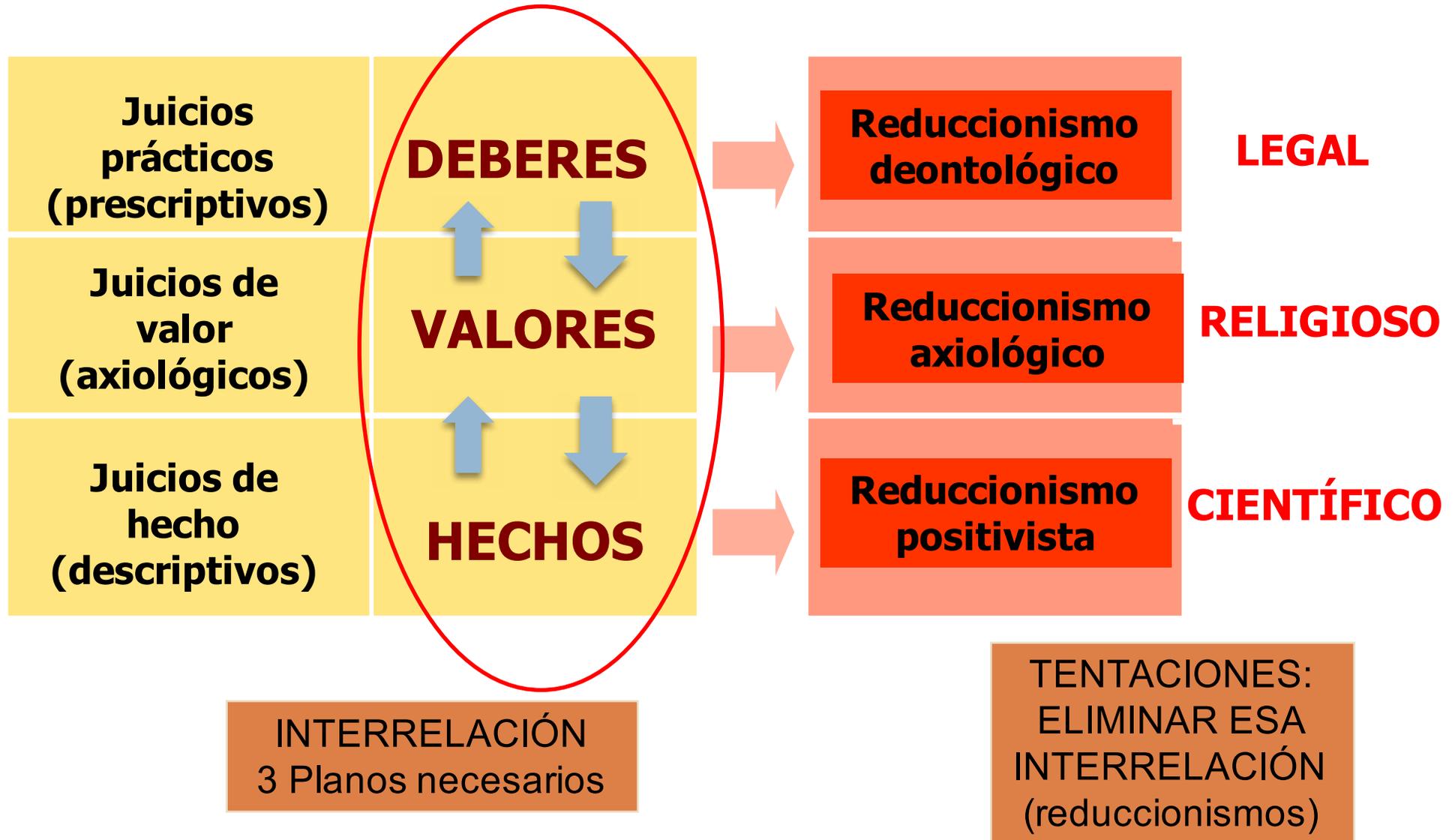
- Desde los griegos hasta el siglo XVII
- *Tò ti estín* - *essentia* - universal - específico - se conoce por la razón, por el entendimiento - **epistéme** - “ciencia” - certeza - demostración... Patología (razonamiento especulativo)
- *Ousía* - *substantia* - particular - individual - se conoce por los sentidos, propiedades y accidentes - **dóxa** - opinión - incertidumbre - probabilidad - “razonabilidad” - **boúleusis** (deliberación) - **phrónesis** (prudencia)... **Téchne** - Clínica (razonamiento práctico)
- Esencia humana: *zoon lógon ejon* - *animal rationale*

Los saberes “prácticos” (clínica, ética, derecho)

Necesidad de deliberación

“Admítase de antemano que todo lo que se afirma sobre los asuntos prácticos debe decirse en esquema y no con precisión (...) Y en los **asuntos prácticos** y las cuestiones sobre lo ventajoso, **nada hay fijo**, como tampoco en lo que se refiere a la **salud**. (...) Porque tales casos no caen bajo el dominio de ninguna ciencia ni precepto, sino que los agentes mismos deben considerar siempre **lo que se ajusta a la situación**, como ocurre también en la **medicina** y la navegación.”

Hechos, valores, deberes



Cultura y civilización

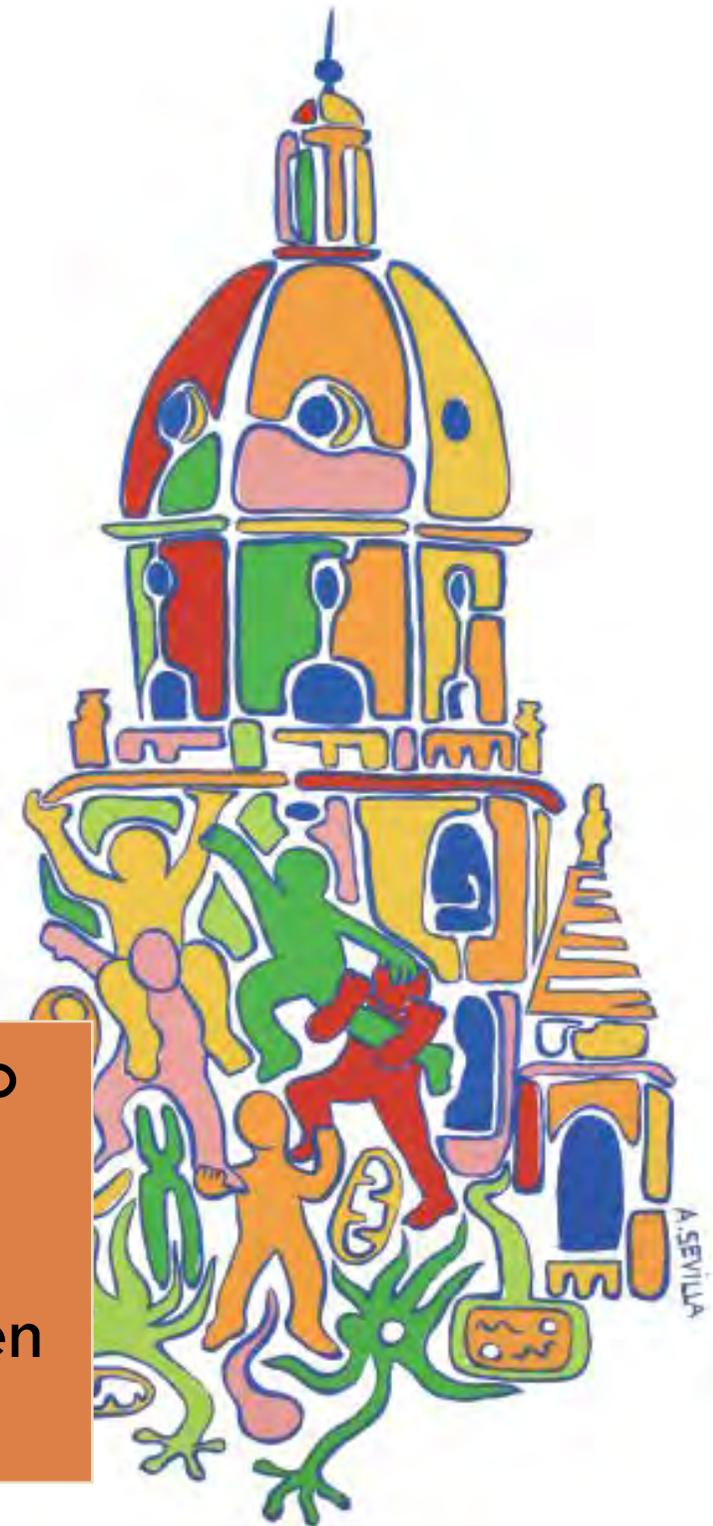
- Actos de valoración o estimación (individuales), propios del ser humano.
- Siendo la valoración parte de todo proyecto, se plasma en la realidad a través de las decisiones que tomamos y de las cosas que hacemos (o no hacemos).
- Así se generan los valores sociales y “objetivos”.
- La plasmación social de los valores intrínsecos se llama CULTURA.
- La plasmación social de los valores instrumentales o técnicos es la CIVILIZACIÓN.
 - ▣ Las sociedades “occidentales” son las más civilizadas de la historia... (¿en detrimento de la cultura?)
 - ▣ Problema de convertir medios (instrumentales) en fines
 - ▣ Deliberar sobre valores (individuales y sociales) para añadir todo el valor posible a la realidad con nuestro hacer y nuestras decisiones.

El ser del ser humano (individual y colectivamente)

“CULTURA”

transformación del medio (recursos) en
posibilidades (decisiones)

EDUCACIÓN: Actualización del legado
cultural recibido
(individuos, instituciones y sociedad)
En cada individuo, en cada sociedad, en
cada momento histórico

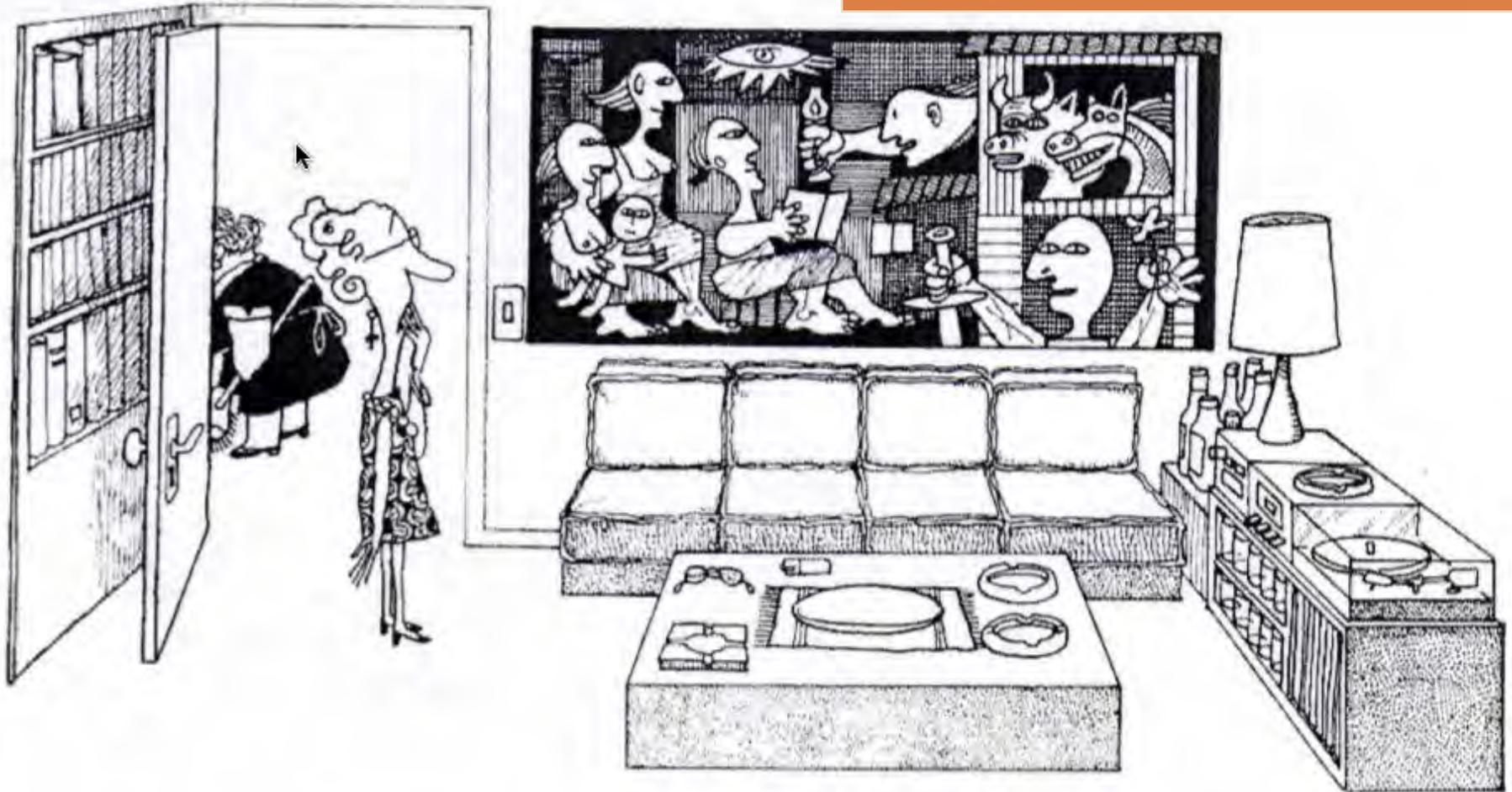


¿Qué no es la bioética?



¿Qué no es la bioética?

“Ordena” los hechos para analizarlos
“limpiamente”... No reordena tus
valores respecto a mis valores...
si acaso, deliberamos sobre ellos



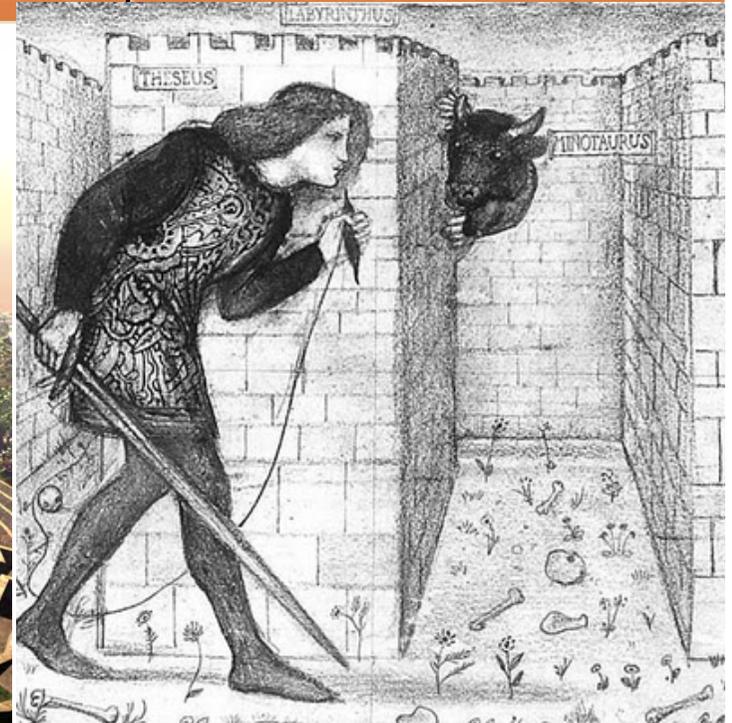
Bioética como brújula (orientación) o hilo de Ariadna



Para tomar una decisión de qué ruta elegir, saber a dónde ir

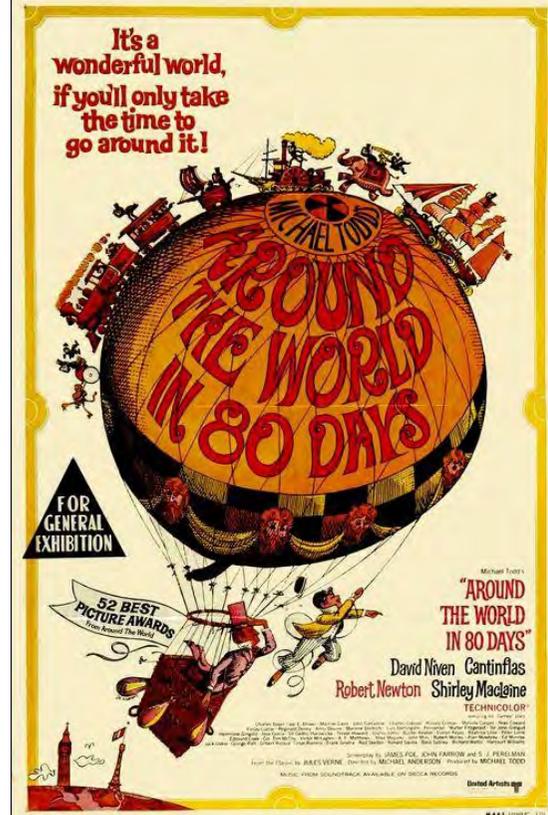


“El hilo de Ariadna” para salir del laberinto



¡No “alivia” el viaje, ni su resultado! ¡Ni la dificultad para “matar al minotauro”!

No es el viaje en sí, ni elimina la dureza del camino o de la decisión a ejecutar (vivencia al aplicar las decisiones)

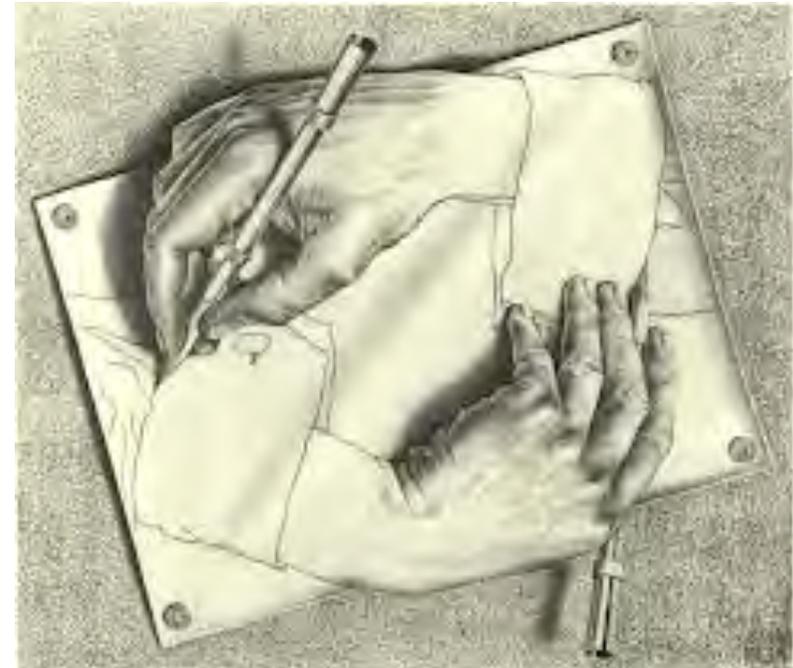
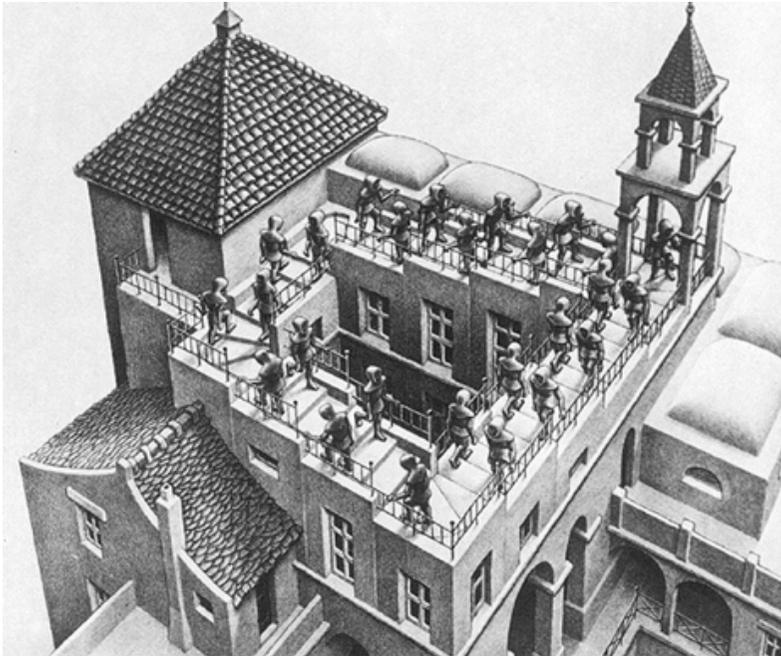


La bioética como “puente”

- Función orientadora y posibilitadora de la ética: bioética como PUENTE.
- Puente para la relación clínica y la toma de decisiones (micro-)
- Puente para la prestación de servicios (meso-)
 - ▣ Actos y procesos
 - ▣ Fragmentación y complejidad: enajenación del proceso técnico y de la vivencia de enfermedad.
 - ▣ Deliberación y narratividad
- Ética para la crisis / ética para la prevención
- Ética del “parcheo” / ética de la planificación
- Ética en el laberinto (hilo de Ariadna) / ética para el viaje (mapa, brújula)

Fundamentación / Procedimiento / Realidad

- Objetivos del juego / Reglas de juego / juego
- Pilares-marco / distribución de espacios / uso de espacios



Fundamentación / Procedimiento / Realidad

- Campo del juego / Reglas de juego / juego

Dónde se juega

Cómo se puede jugar



Cómo se juega



Campo de fútbol
El campo de fútbol mide entre 90 y 120 m de largo y entre 45 y 90 m de ancho y tiene forma rectangular. La portería tiene 7,32 m entre postes y 2,44 m de altura

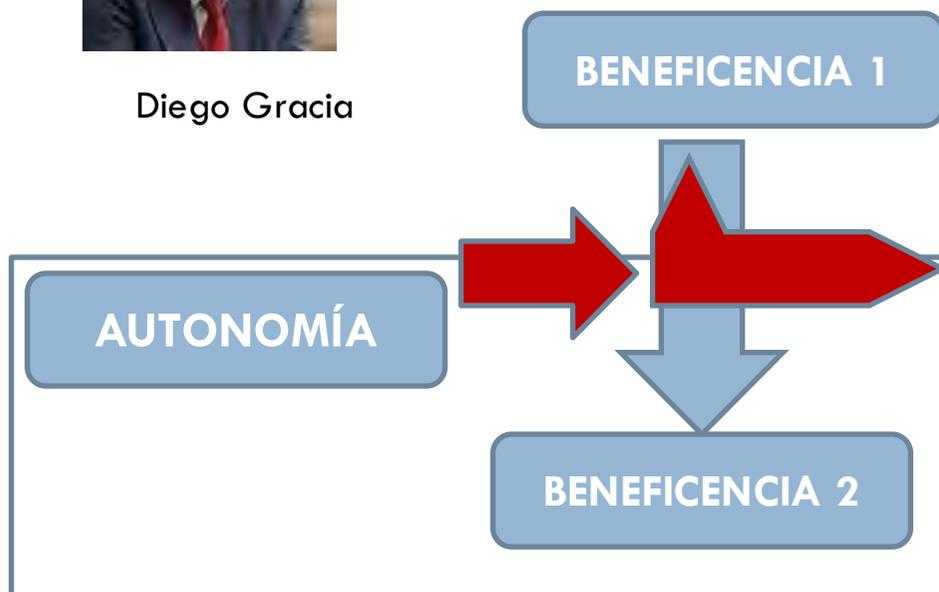
Clínica y ética: ni (solo) ojo clínico ni olfato moral

Se requieren buenos datos, buenos conocimientos y entrenamiento, pero igual que el “ojo clínico” es útil pero no suficiente para las decisiones clínicas, tampoco el “olfato moral” es válido para las decisiones morales.

Los Principios de la Bioética: jerarquización ¿Deberes y deberes?



Diego Gracia



PRINCIPIOS DE NIVEL II

“Gestión privada”- Máximos:
concreción de los proyectos personales.
Ideal autoimpuesto o perseguido.
Exhortable o proponible. *Deberes de beneficencia* (bondad) “Felicidad personal”



PRINCIPIOS DE NIVEL I

“Gestión pública” – Mínimos :
posibilitador de los proyectos personales.
Universalizable. Exigible a todos, incluso
coercitivamente.
Deberes de justicia (corrección).
Frecuente traslación jurídica
“Felicidad política-social”

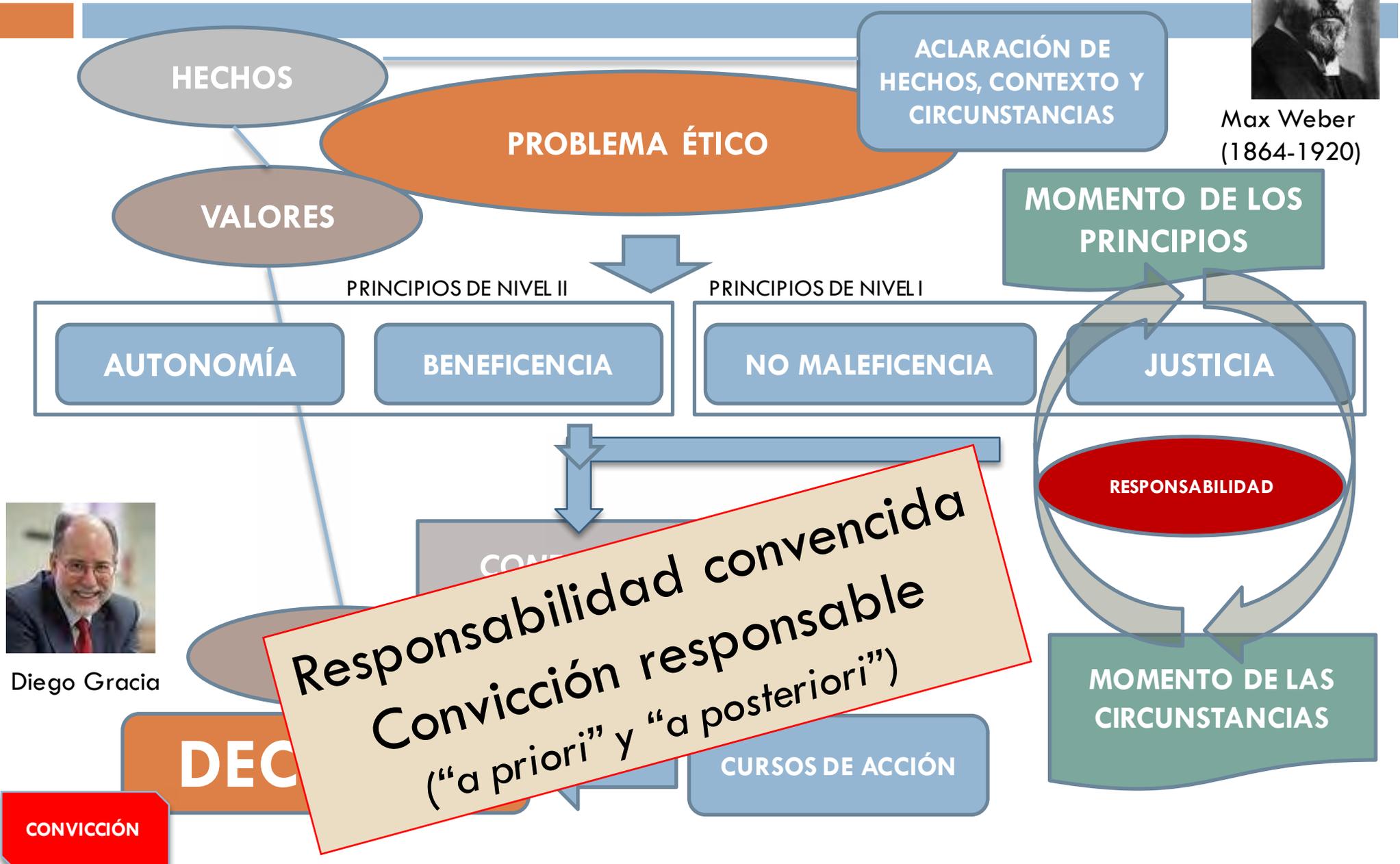
Procedimiento deliberativo (para tomar decisiones responsables)

- Deliberación sobre los hechos
 - Presentación del caso por el responsable de tomar una decisión
 - Discusión de los aspectos clínicos de la historia.
- Deliberación sobre los valores
 - Identificación de los problemas morales que presenta el caso.
 - Elección por la persona responsable del caso del problema moral que a él le preocupa o quiere que se analice.
 - Identificación de los valores en conflicto.
- Deliberación sobre los deberes
 - Árbol de cursos de acción posibles.
 - Análisis del curso de acción óptimo:
 - Evaluación de la calidad ética de cada curso de acción
 - ✓ Contraste con los principios morales (involucración y conflicto)
 - ✓ Evaluación de las consecuencias previsibles (circunstancias agravantes, atenuantes, eximentes...)
 - ✓ Necesidad y justificación de una excepción
- Deliberación sobre las responsabilidades finales
 - Decisión final (elección del curso de acción a seguir)
 - Comprobación de la consistencia de la decisión:
 - Prueba de la legalidad
 - Prueba de la publicidad
 - Prueba de la consistencia temporal

Bioética como ética de la responsabilidad



Max Weber
(1864-1920)



Diego Gracia

CONVICCIÓN

El trabajo de la bioética

- El deber: la realización del valor
- Sobre los valores se pueden dar razones (no son estrictamente subjetivos), argumentos: diálogo, intercambio de razones (no apodícticas), a las que se pide coherencia, para aumentar el conocimiento y alcanzar mayor prudencia.
- El método de búsqueda de razonabilidad y prudencia se denomina deliberación.
- Obligación moral: hacer todo lo posible (*contra spem in spe*) para que los valores se den en plenitud

Coda y contextos

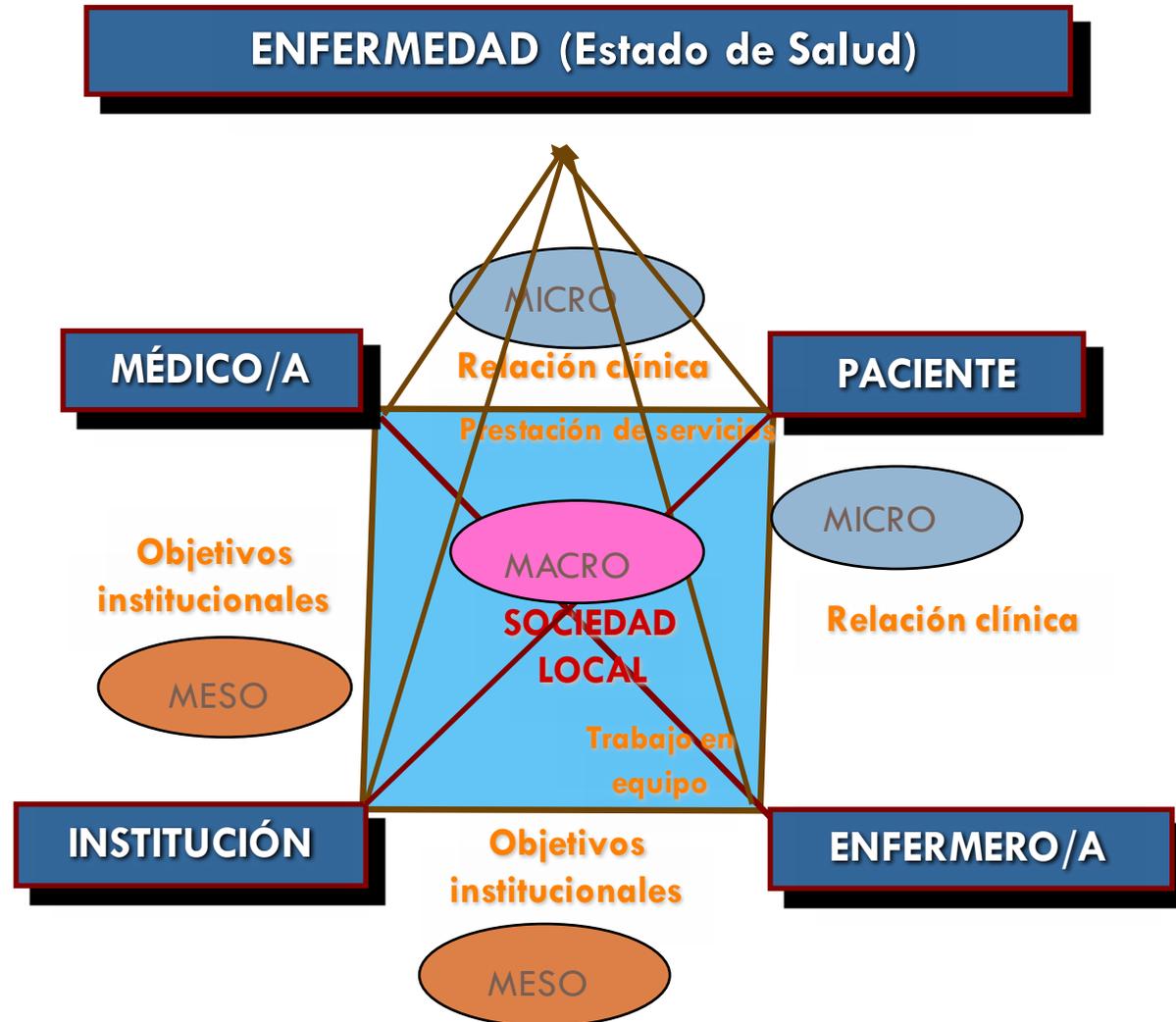
70

- Datos, información, conocimiento... sabiduría
 - ▣ La empresa del “conocimiento”
- Hechos, valores, deberes
 - ▣ La empresa del “ser humano”
- Biología y biografía (experiencia, vivencia, decisiones) “mi bien”, “nuestro bien”
- Individuos, colectivos, sociedad (micro, meso, macro)
 - ▣ Intereses y necesidades
- Fundamentos y procedimientos
 - ▣ Libertad, variabilidad y riesgo/seguridad (papel de los estándares y los procedimientos)
 - ▣ Libertad y límites (papel de las “reglas de juego” y las normas)

Bioética de las organizaciones de salud

- Factores para su desarrollo:
 - ▣ Ética de los negocios
 - Filosofía de los “stakeholders”
 - Grupo de Adela Cortina y Jesús Conill - ETNOR
 - ▣ “Accountability” (buen gobierno, gobernanza)
 - Del individuo
 - De las instituciones (gobernanza)
 - ▣ Profesionalismo
 - Rescate al profesional para lo micro y para lo meso
 - ▣ Clima social – cultura y psicología de las organizaciones (“sense-making”)

La asistencia sanitaria actual: una mirada complementaria "meso"- "macro"



Ámbitos

- Herramientas para “disciplinar” a profesionales e instituciones
- Visión estratégica y planificación: misión, visión, valores
- Apoyo organizativo al comportamiento ético
- Programas de fomento de la integridad y el cumplimiento (*compliance*)
- Gestión de recursos: asignación y uso
- Gestionar RRHH
- Conflictos de intereses
- Discreción y control

Bioética de las organizaciones de salud

□ Factores para su desarrollo:

▣ Movimiento de calidad y de riesgo-seguridad

- Movimiento empresarial de calidad total
- FAD – Fundación Avedis Donabedian <http://www.fadq.org/>
- EFQM – European Foundation for Quality Management
<http://www.efqm.org>
- Sociedades Científicas
 - SECA – Sociedad Española de Calidad Asistencial
<http://www.calidadasistencial.es/>
- IHI - Institute for Healthcare Improvement
<http://www.ihl.org>

Bioética de las organizaciones de salud

- ▣ Movimiento de “cumplimiento” (estándares, normalización, certificación, acreditación)
 - ISO: International Organization for Standardization
<http://www.iso.org>
 - España
 - AENOR – Asociación Española de Normalización y Certificación
<http://www.aenor.com>
 - UNE – Una Norma Española
 - JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - <http://www.jointcommission.org/>
 - JCIA – Joint Commission International Accreditation
<http://es.jointcommissioninternational.org/>
 - CCHSA – Canadian Council on Health Services Accreditation
<http://www.accreditation.ca/en/>

Ejemplos de “herramientas” de gestión y de la organización

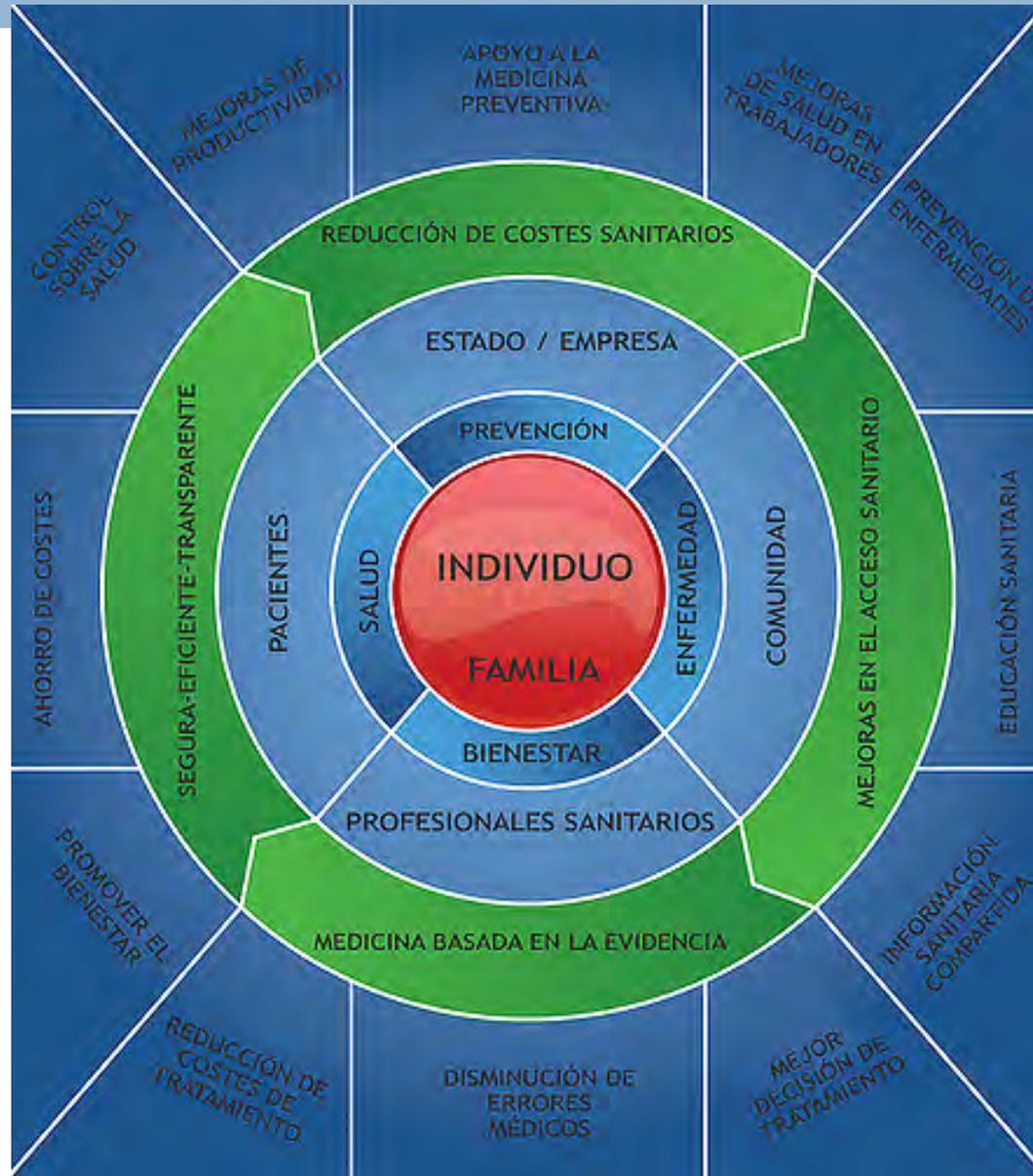
- ▣ CALIDAD
 - ▣ CERTIFICACIÓN
 - ▣ ACREDITACIÓN
 - ▣ BENCHMARKING
-
- ▣ ASOMARSE A LO “MESO” VISTO DESDE LO “MESO”

¿Centrados en el paciente?

¿Centrados en la persona?

- ¿Cómo podemos centrarnos en el paciente desde
 - ▣ La falta de integración (fragmentación),
 - ▣ La descoordinación,
 - ▣ Los compartimentos estancos,
 - ▣ La falta de pre-visión (planificación) y de re-visión (evaluación)
 - ▣ La falta de participación?

“Medicina centrada en la persona”



Construyendo valores para mejorar nuestra actividad

- "Centrarse en el paciente"
 - ▣ Comunicación asistencial
 - ▣ Bioética
 - Experiencia de enfermar
 - Trayectorias de enfermedad
 - ▣ Mejora de la calidad
 - ▣ Investigación de efectividad comparativa
 - Ejemplos:
 - James Lind Alliance (investigación)
 - PCORI (investigación)
 - IHI (Institute of Healthcare Improvement)
 - PFCC (reorganización sanitaria)
 - Health Literacy (Gigerenzer...)

“Medicina centrada en la persona”

King’s Fund vision — PFCC (Patient and Family Centered Care)

“We follow six steps to evaluate and transform care:

STEP 1 Select a Care Experience

STEP 2 Establish a PFCC Care Experience Guiding Council

STEP 3 Evaluate the Current State by Looking at Everything through the Eyes of the Patient and Family, and Develop a Sense of Urgency to Drive Change

STEP 4 Develop your PFCC Care Experience Working Group based on Touchpoints

STEP 5 Create a Shared Vision by Writing the Story of the Ideal Patient and Family Care Experience as if You were the Patient and Family Member

STEP 6 Identify your PFCC Improvement Projects and Form Project Improvement Teams”

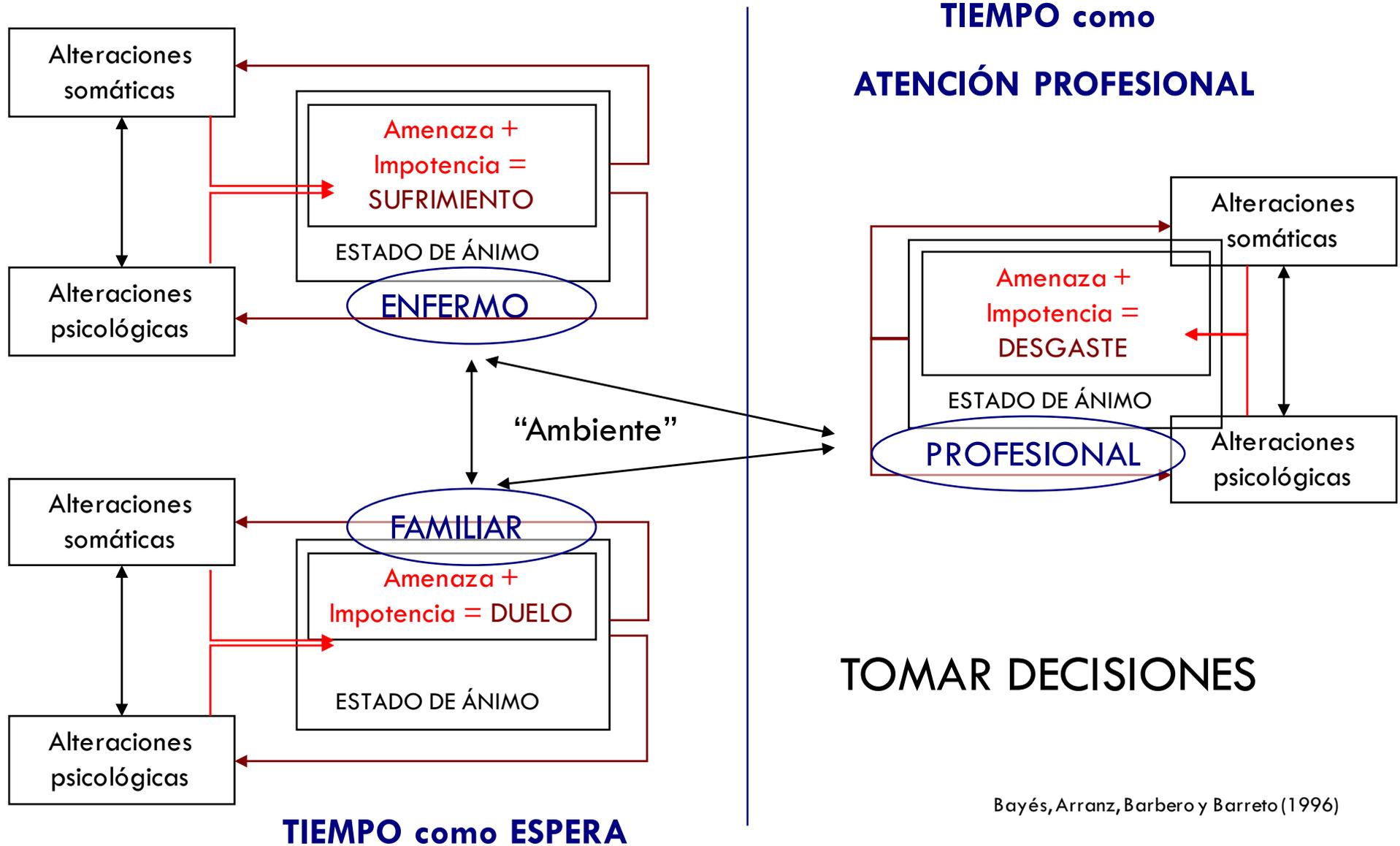
Los derechos no pueden ignorar la antropología del enfermar. Experiencias...

- No hay duda de que todos los aquí presentes somos personas... ¿pero qué es “ser persona”?
- Como personas sabemos lo que es “sufrir” y sabemos lo que es “ser vulnerables” y frágiles ante elementos exteriores o lo que nos sucede como seres vivos.
- Los problemas de salud son típicamente generadores de sufrimiento. Sabemos lo que es sentirnos enfermos, sabemos lo que es estar enfermos. ¿Cómo altera nuestra vida?
- Puede que hayamos perdido a seres queridos, puede que hayamos tenido que cuidar a un ser querido. ¿Cómo marcan estas vivencias nuestra visión de la enfermedad y de los sistemas de salud?
- Y acudimos a los profesionales “de la salud” para que nos ayuden. ¿Qué esperamos de ellos?
- Cuando les hemos hablado sobre quiénes somos como personas, qué es importante para nosotros, a qué le tenemos miedo, qué nos estimula y por qué hemos luchado en la vida. ¿Qué tiene esto que ver con enfermar y tomar decisiones?

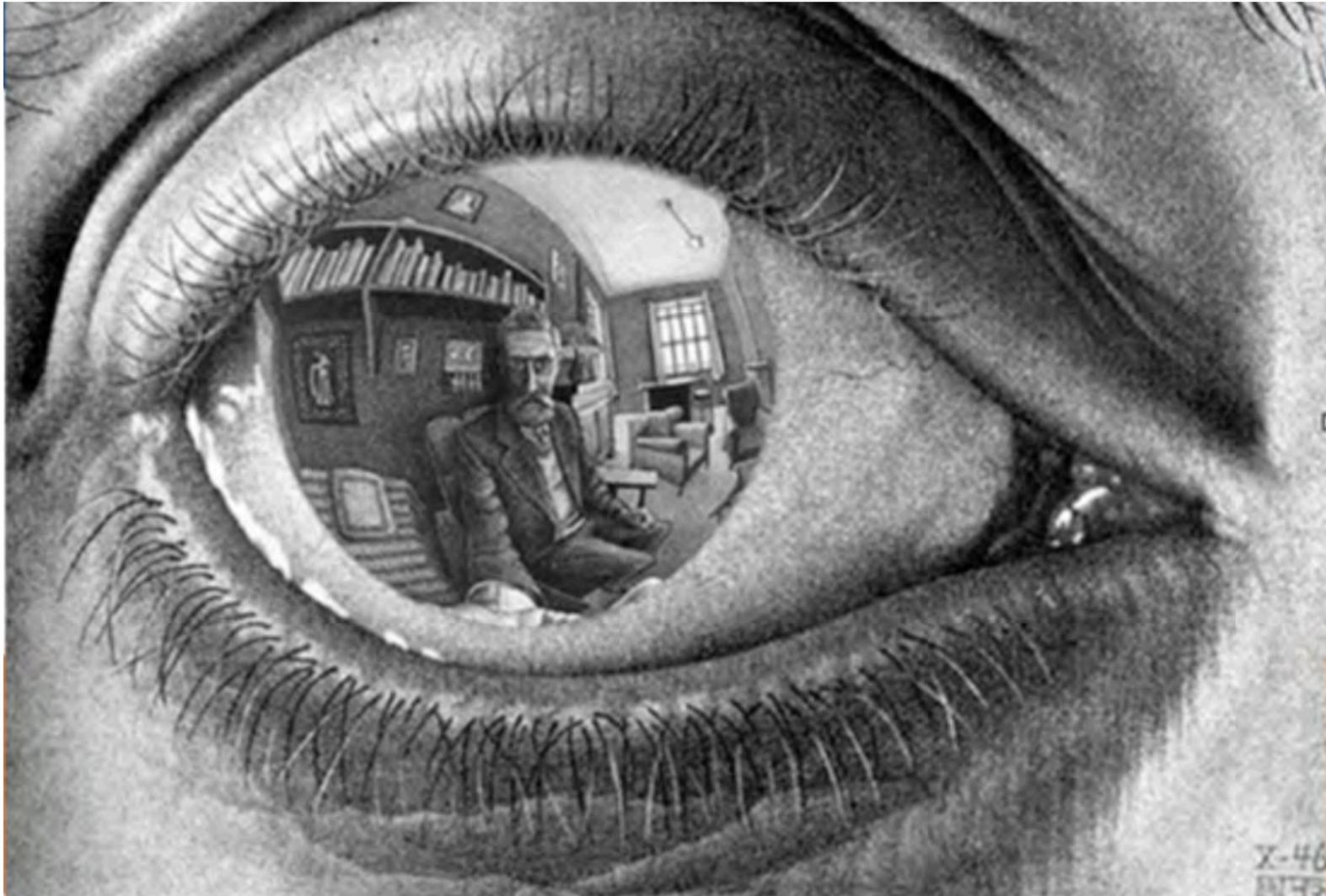
Sufrimiento: amenazas y recursos

Un modelo de intervención bio-psico-socio-emocional

82



“Cómo percibo que otros me ven”



“Cómo conservo mi identidad como sujeto/persona (biografía) cuando estoy enfermo (biología)”

84



¿Qué debo conocer sobre usted como persona para ayudarme a cuidarle del mejor modo posible que pueda? (Chochinov, la “pregunta de la dignidad?”)

¿Cuánto tengo que saber de ti para ayudarte? ¿para poder cuidarte mejor? ¿Y de tu “red de cuidados”?



“Saber no es suficiente; debemos aplicar. Estar dispuestos (querer) no es suficiente; debemos hacer” Goethe

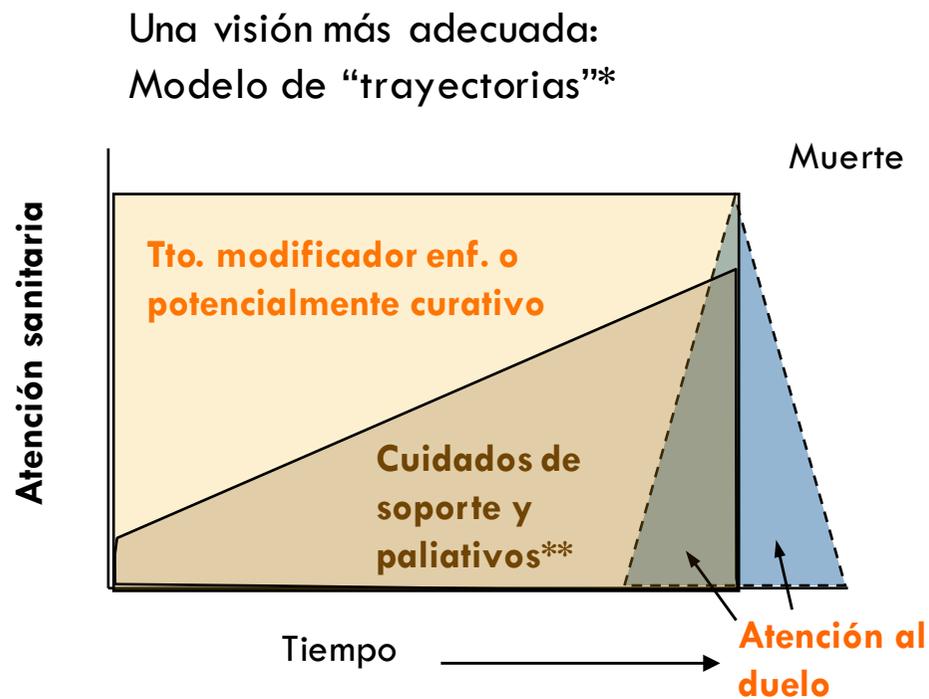
Atención sanitaria apropiada en torno al final de la vida

86

(adaptado por Júdez 2007: de Lynn y Adamson 2003; Lynn 2004; Murray, Kendall, Boyd, Sheikh 2005)

También “Organizar los servicios sanitarios adecuadamente para atender a aquellos suficientemente enfermos como para poder morir” (Dy y Lynn, 2007)

TENER LA VIDA EN JAQUE



* Valora la identificación de “transiciones”

** “Vivir bien” (lo mejor posible) con la enfermedad

Las trayectorias de enfermedad: epidemiología del enfermar y morir

87

- Hastings Center Report
Special Supplement,
2005
Improving End of Life care. Why has it been so difficult?
- Mejora de la asistencia al final de la vida. Balance a los 20 años de esfuerzos para su mejora

Living Long in Fragile Health: *The New Demographics Shape End of Life Care*

by JOANNE LYNN

Not long ago, people generally “got sick and died”—all in one sentence and all in a few days or weeks. The end of life had religious, cultural, and contractual significance, while paid health care services played only a small part. Now, most Americans will grow old and accumulate diseases for a long time before dying. Our health care system will cleverly supplement the body’s shortcomings, making it possible to live for years “in the valley of the shadow of death,” fearing not only death but also all sorts of evil from the regular dysfunctions of our health care and social systems. In a sense, the great success of modern medicine has been to transform acute causes of death into chronic illnesses. Mostly, we do not spend much time or money on cures—these are quick and cheap when they are available at all. Instead, health care now involves substituting better chronic conditions and helping people to live with implacable illnesses, a few of which are stable and many of which are progressive but not life-threatening. However, each of us eventually lives with a set of conditions that are, taken together, progressively worsening and eventually fatal.

This is a very different way of coming to the end of life from that of “the old days,” when people died in childbirth, of occupational hazards, of periodic epidemics, and with the first heart attack. In 1897, Sir William Osler’s *The Principles and Practice of Medicine* noted that the usual adult hospitalized with diabetes would die within a month. Things have changed so much that today we don’t really have the language, the categories, and the stories to help us make sense of our

situation. One hears people say, “He’s not dying yet,” of a person living with fatal lung cancer. Generally, that means he’s not yet taking to bed, losing weight, and suffering from pain, as would be expected when dying is all that he can do. But the category is used as if one is either “temporarily immortal”—which is the usual state of human beings—or “dying,” in which case the person is of a different sort, having different obligations and relationships. “The Dying” are expected to do little but wrap life up and go. But this dominant myth about dying does not fit many people. Many elderly people are inching toward oblivion with small losses every few weeks or months.

If our language does not accommodate the new reality, it is not surprising that our shared social life has not yet taken up the challenge. No characters on evening television are cracking jokes while dealing with Grandma’s wandering and incontinence. No movies show the accommodations needed to live with advanced emphysema. As a patient once told me, “No one in the Bible died like this.” People find little guidance when they look to our ancient texts for comfort and advice on how to live while walking a tightrope of serious illness and frailty, propped up by modern medicine.

That lack of social understanding also shows in the conceptual apparatus we have used in trying to bring reform to what happens in the last part of our lives. Remarkably, we have used the language of decision-making and law more often than that of spiritual journey and psychological meaning. In the 1970s, the issues were framed as “the right to die” or “the right to choose.” The work of the President’s Commission on Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research marks a transition to the language of “foregoing life-sus-

Joanne Lynn, “Living Long in Fragile Health: The New Demographics Shape End of Life Care,” *Improving End of Life Care: Why Has It Been So Difficult?* Hastings Center Report Special Report 35, no. 6 (2005): S14-S18.

Puentes hacia la salud

Ocho (8) grupos poblacionales con servicios adaptados a las necesidades de cada grupo:

- Con buena salud
- Con necesidades materno-infantiles
- Con enfermedades agudas
- Con enfermedades crónicas estables
- Con discapacidad severa pero estable
- Con salud inestable cerca de la muerte
- Con fracaso orgánico (multi-)sistémico avanzado
- Con fragilidad de larga duración

Using Population Segmentation to Provide Better Health Care for All: The “Bridges to Health” Model

JOANNE LYNN, BARRY M. STRAUBE,
KAREN M. BELL, STEPHEN F. JENCKS,
and ROBERT T. KAMBIC

Centers for Medicare and Medicaid Services, U.S. Department of Health and Human Services

The model discussed in this article divides the population into eight groups: people in good health, in maternal/infant situations, with an acute illness, with stable chronic conditions, with a serious but stable disability, with failing health near death, with advanced organ system failure, and with long-term frailty. Each group has its own definitions of optimal health and its own priorities among services. Interpreting these population-focused priorities in the context of the Institute of Medicine’s six goals for quality yields a framework that could shape planning for resources, care arrangements, and service delivery, thus ensuring that each person’s health needs can be met effectively and efficiently. Since this framework would guide each population segment across the institute’s “Quality Chasm,” it is called the “Bridges to Health” model.

Keywords: Health care reform, community health planning, health services needs and demand, person-focused health.

CROSSING THE QUALITY CHASM (IOM 2001A) ENVISIONED AN approach to health that focuses on the individual person or patient and met six specific aims for care: it must be safe, effective, efficient, patient centered (i.e., meets the patient’s desires and preferences within the care delivery environment), timely, and equitable.

Address correspondence to: Joanne Lynn, Office of Clinical Standards and Quality, CMS, 7500 Security Blvd., Baltimore, MD 21244-1850 (email: Joanne.lynn@cms.hhs.gov).

The Milbank Quarterly, Vol. 85, No. 2, 2007 (pp. 185–208)
No claim to original U.S. government works.
© 2007 Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing.

Puentes hacia la salud

Opportunities for Health and Quality as Defined by the Six IOM Aims and the Eight Population Segments

| | Effective (No Needless Failures) | Efficient (No Waste) | Patient Centered (No Helplessness or Unjustified Routines) | Timely (No Needless Delays) | Equitable (No Unjustified Variation) |
|--|---|---|--|-----------------------------------|--|
| Safe (No Harm) | | | | | |
| Population Characteristics | Priority Concerns for This Population | Major Components of Health Care | IOM/AHRQ/FACCT Goals for Health Care | | |
| 1. Healthy | Longevity, by preventing accidents, illness, and progression of early stages of disease | Physicians' offices, health clinics, occupational health, and health information available to the public | Staying healthy | | |
| 2. Maternal and infant health | Healthy babies, low maternal risk, control of fertility | Prenatal services, delivery, and perinatal care; fertility control and enhancement | Staying healthy | | |
| 3. Acutely ill, with likely return to health | Return to healthy state with minimal suffering and disruption | Emergency services, hospitals, physicians' offices, medications, or short-term rehabilitative services | Getting well | | |
| 4. Chronic conditions, with generally "normal" function | Longevity, limiting disease progression, accommodating environment | Self-management, physicians' offices, hospitalizations, and ER visits | Living with illness or disability | | |
| 5. Significant but relatively stable disability, including mental disability | Autonomy, rehabilitation, limiting progression, accommodating environment, caregiver support | Home-based services, environmental adaptation, rehabilitation, and institutional services | Living with illness or disability | | |
| 6. "Dying" with short decline | Comfort, dignity, life closure, caregiver support, planning ahead | At-home services, hospice, and personal care services | Coping with illness at the end of life | | |
| 7. Limited reserve and serious exacerbations | Avoiding exacerbations, maintaining function, and specific advance planning | Self-care support, at-home services, 24/7 on-call access to medical guidance, and home-based care | Coping with illness at the end of life | | |
| 8. Long course of decline, from dementia and/or frailty | Support for caregivers, maintaining function, skin integrity, mobility, and specific advance planning | Home-based services, mobility and care devices, family caregiver training and support, and nursing facilities | Coping with illness at the end of life | | |

¿Se ahorra buscando ahorrar o haciendo las cosas "bien"?

□ La experiencia de LaCrosse, Wisconsin

- ▣ Un programa de "planificación anticipada de la asistencia sanitaria"
 - El entorno dónde resulta "más barato" asistir al final de la vida



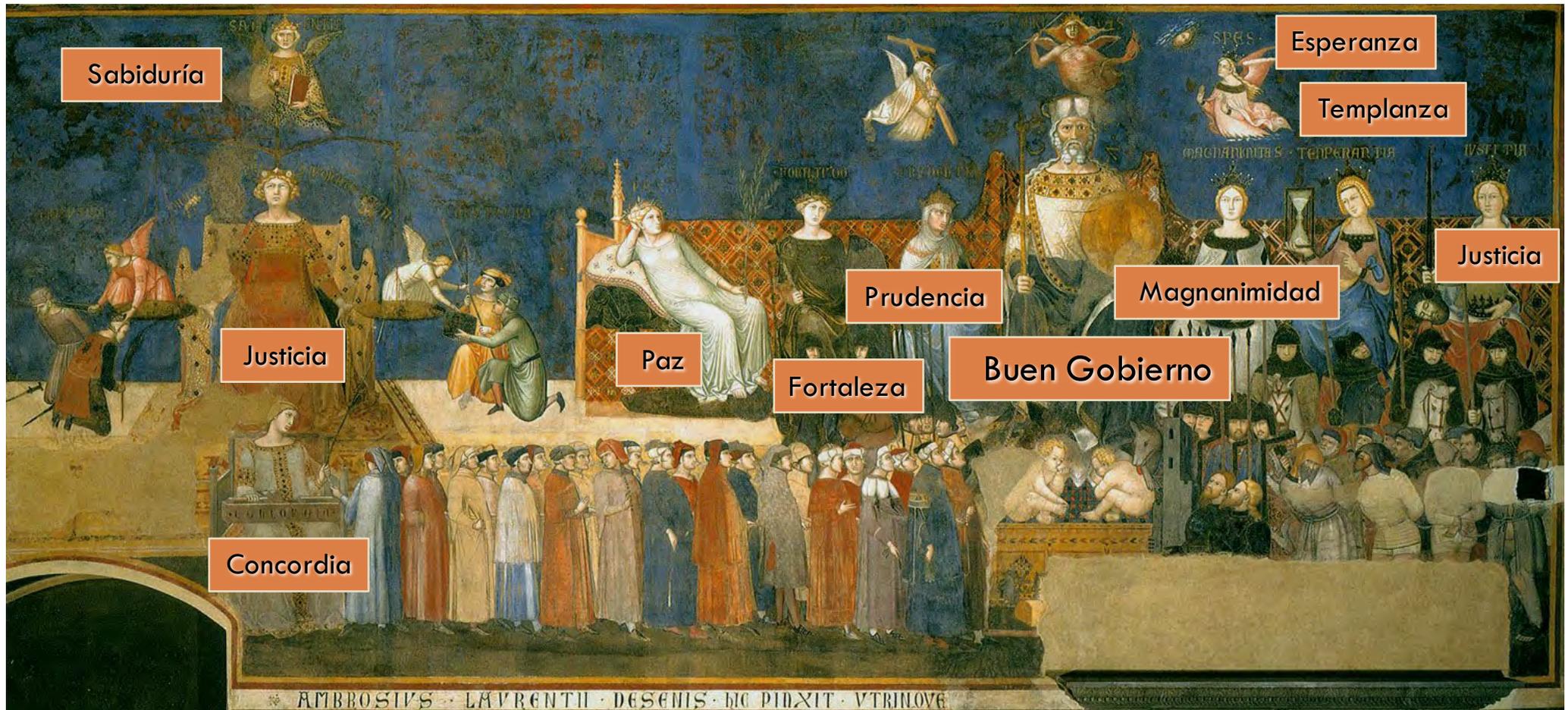
Un anillo para gobernarlos a todos...

GOBERNAR

Buen gobierno
Gobernanza

“Buena Gobernanza”, “buen gobierno”

- Salón del Nueve (o de la Paz) del Palacio Público de Siena.
“Alegoría del Buen y el Mal Gobierno” [*Effetti del Buono e del Cattivo Governo* (1338-1339), Ambrogio (y Pietro) Lorenzetti]



“Buena Gobernanza”, “buen gobierno”



Lámina 11. Detalle del fresco de la pared oeste. La Tiranía entronizada y flanqueada a su izquierda por el Furor, la Discordia y la Guerra, y a su derecha por el Fraude, la Traición y la Crueldad.

“Buena Gobernanza”, “buen gobierno”.

Principios (The Independent Commission for Good Governance in Public Services, 2004)

- **Buen gobierno significa:**
 - ▣ Centrarse en el objetivo de la organización y en sus resultados para los ciudadanos y usuarios del servicio
 - ▣ Actuar con eficacia en funciones y roles claramente definidos
 - ▣ Promover valores para el conjunto de la organización y demostrar esos valores de buen gobierno a través del comportamiento
 - ▣ Tomar decisiones informadas, transparentes y manejar los riesgos
 - ▣ Capacitar y desarrollar las capacidades del organismo rector para ser eficaz
 - ▣ Implicar a los decisores (partes interesadas) y hacer la responsabilidad real

“Buena Gobernanza”, “buen gobierno”.

Naciones Unidas, 1997

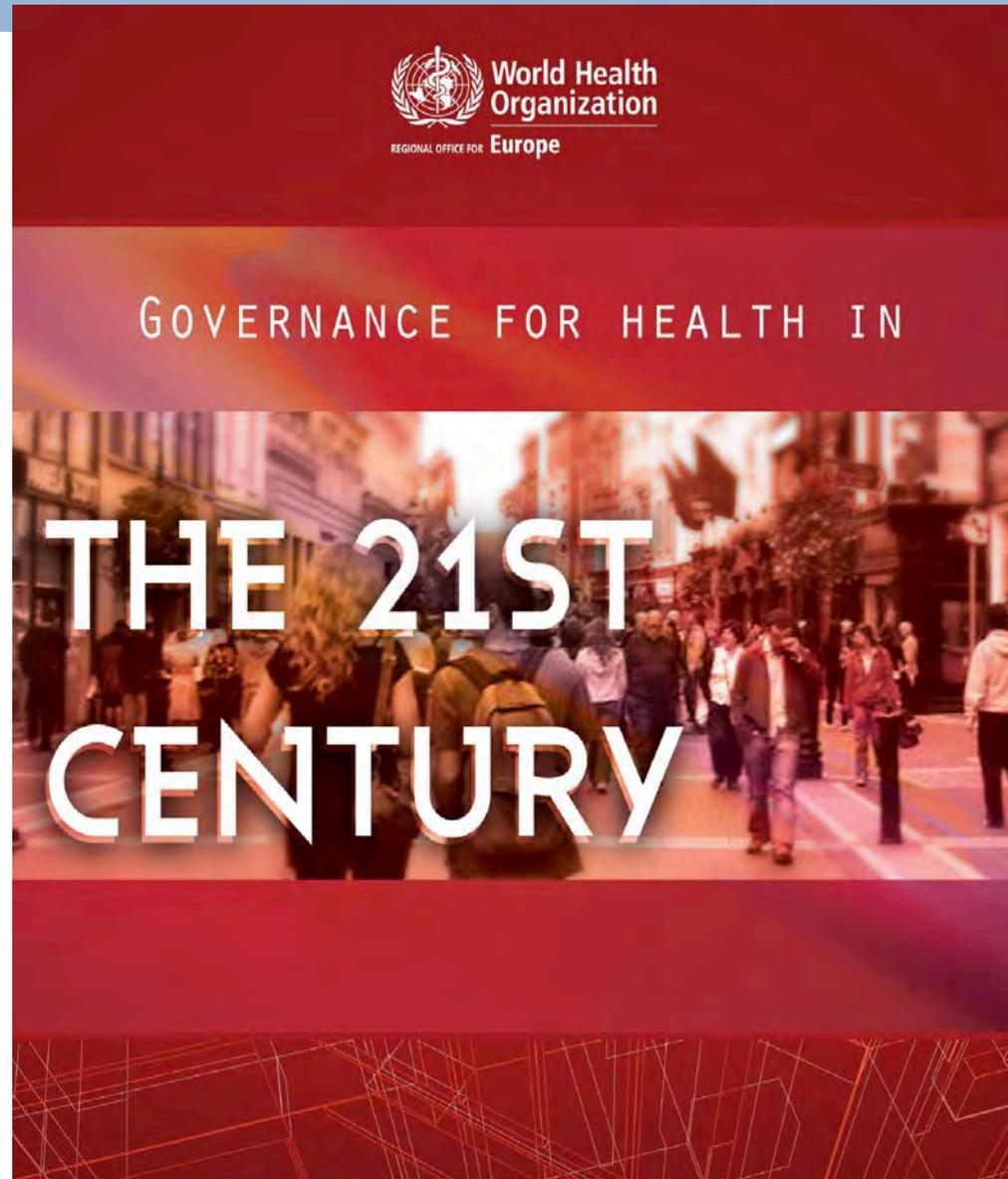
Fig. 9. Good governance



Source: UNDP (1997).

“Buena Gobernanza”, “buen gobierno”.

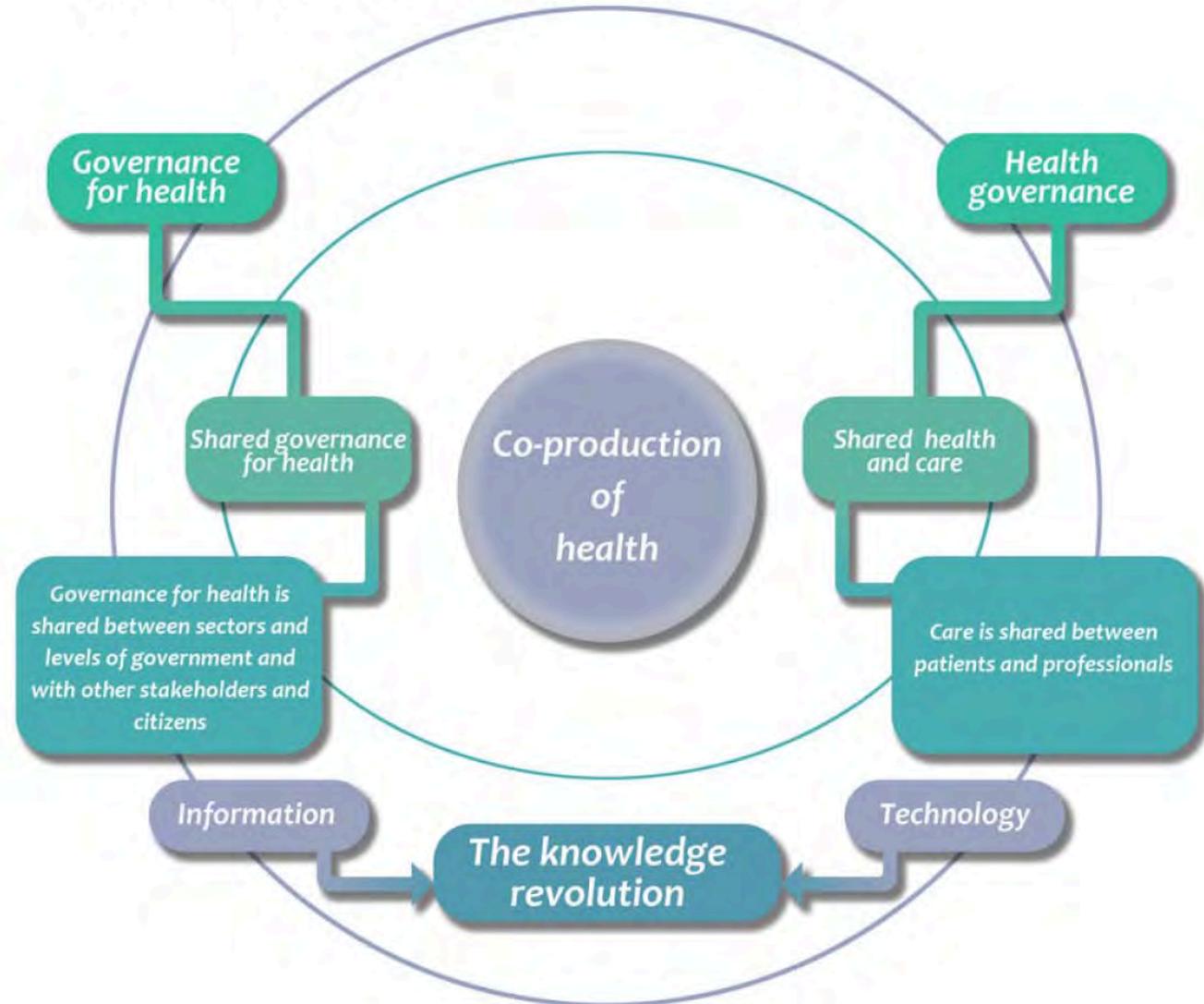
Governance for health in the 21st century (WHO, 2012)



“Buena Gobernanza”, “buen gobierno”. Governance for health in the 21st century (WHO, 2012)

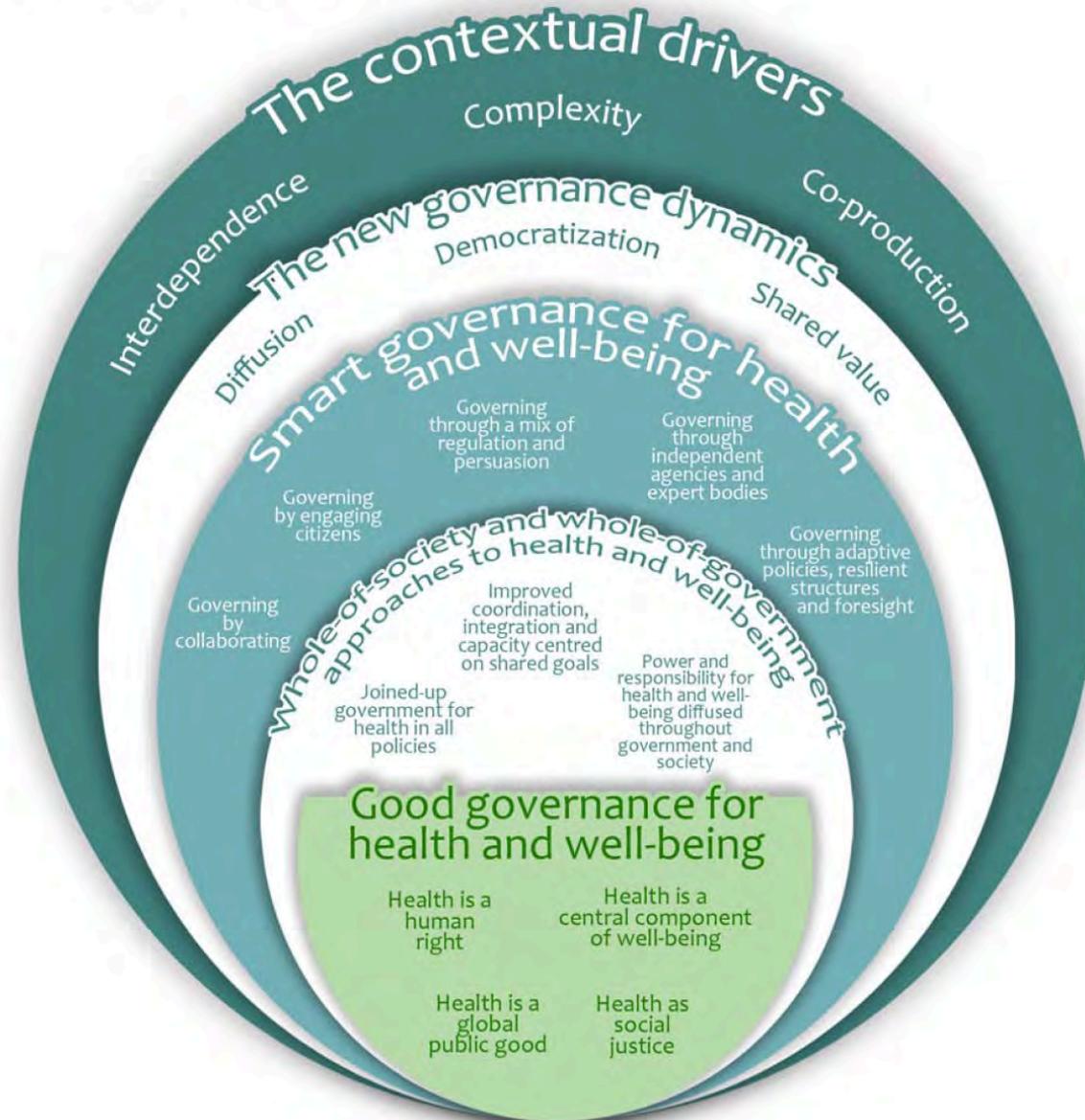
Governance for health is defined as the attempts of governments or other actors to steer communities, countries or groups of countries in the pursuit of health as integral to wellbeing through both whole-of-government and whole-of-society approaches.

Fig. 3. Governance for health and health governance



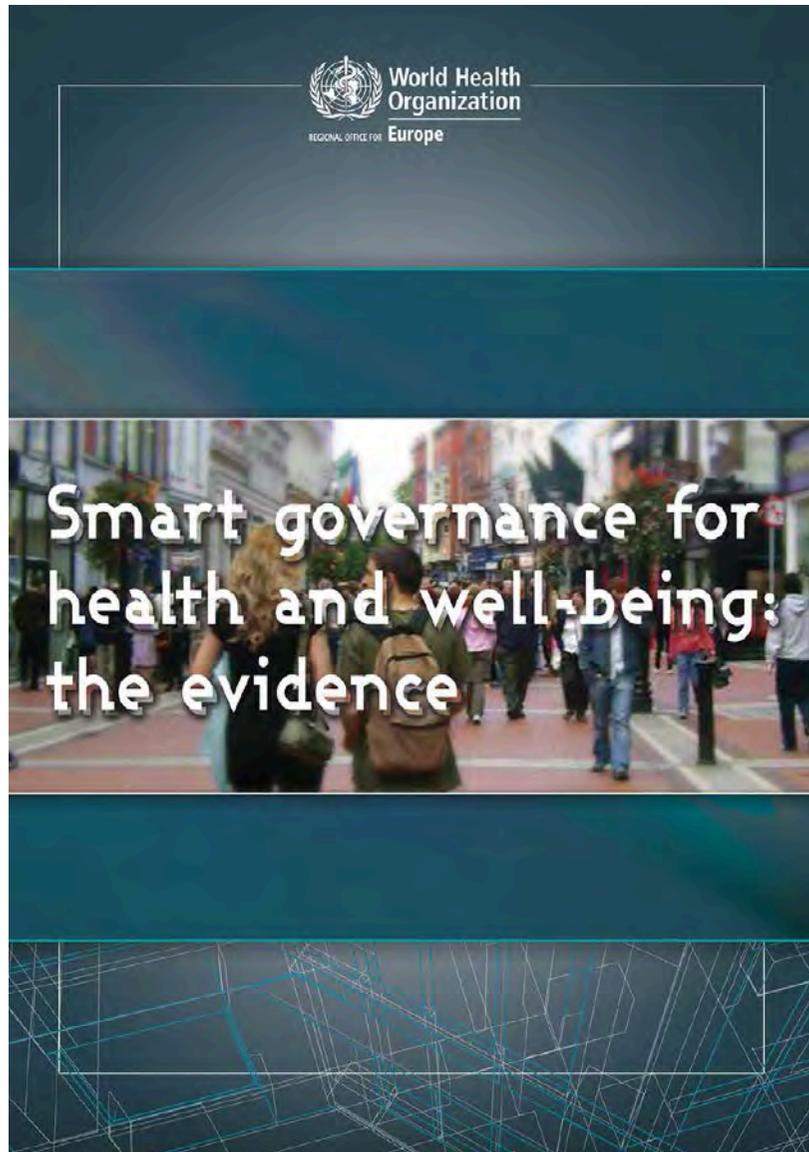
“Buena Gobernanza”, “buen gobierno”. Governance for health in the 21st century (WHO, 2012)

Fig. 10. Smart governance for health and well-being



“Gobernanza Inteligente”

Smart governance for health and well-being: the evidence (WHO, 2014)



- ii “Gobernanza anticipatoria”!!
- Errores tipo III (Dunn, 1997):
 - “Evaluar el problema erróneo aceptando, inadecuadamente, una meta-hipótesis falsa: que no hay diferencia entre los límites de un problema, tal y como son definidos por un analista, y los actuales límites del problema”

El dilema de Collingridge

(El control social de la tecnología, 1980)

- Problema metodológico a la hora de intentar controlar el desarrollo de una tecnología, con una doble vertiente paradójica:
 - ▣ Problema de información: el impacto de una tecnología no puede ser fácilmente predicho (evaluado) hasta que la tecnología no está extensamente desarrollada y ampliamente utilizada.
 - ▣ Problema de poder: el control o cambio de una tecnología es difícil cuando la tecnología se ha “atrincherado”.

- ¡La predicción (*forecast*) ha muerto! ¡¡Viva la previsión (*foresight*)!!

El triple objetivo (IHI)

- Mejorar la experiencia del paciente (mejores cuidados);
- Mejorar la salud de la población (mejor salud);
- Reducir el coste de salud *per capita* (menores costes)

El triple objetivo (IHI) - ¿cómo?

- Mirar alrededor (benchmarking)
- Comprender qué funciona y por qué
- Medir, medir y medir
- Promover una asistencia sanitaria basada en el valor
- Utilizar tecnología
- Rediseñar los sistemas de financiación
- Cambiar la cultura de la salud

Profesionales de la salud para un nuevo siglo



2010

The Lancet Commissions

1910

Julio Frank*, Lincoln Chen*, Zulfiqar A. Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ke, Patrick Kelley, Barry Kristansky, Afaf Meleis, David Naylor, Ariel Pablos-Mendez, Sinath Reddy, Susan Scrimshaw, Jaime Sepulveda, David Senewadda, Huda Zurayk

Executive summary
Problem statement

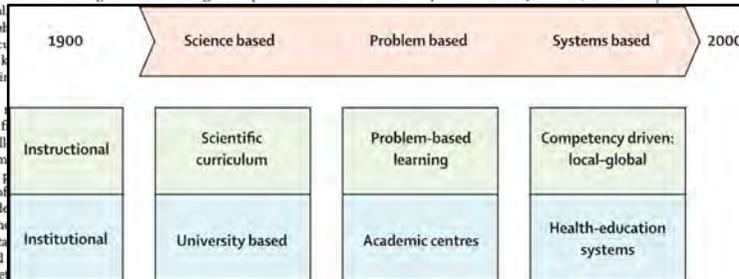
100 years ago, a series of studies about the education of health professionals, led by the 1910 Flexner report, sparked groundbreaking reforms. Through integration of modern science into the curricula at university-based schools, the reforms equipped health professionals with the knowledge that contributed to the doubling of life span during the 20th century.

By the beginning of the 21st century, however, all is not well. Glaring gaps and inequities in health persist both within and between countries, underscoring our collective failure to share the dramatic health advances equitably. At the same time, fresh health challenges loom. New infectious, environmental, and chronic diseases, a time of rapid demographic transitions, threaten health systems worldwide as they are struggling to meet more complex and costly, placing health workers.

Professional education has challenges, largely because of static curricula that produce ill-prepared graduates. Problems are systemic: mismatch between patient and population needs; gender stratification of professions; technical focus without broadening; episodic encounters rather than continuous care; predominant hospital orientation; primary care, quantitative and the professional labour market. These deficiencies have mostly floundered, partly because of the so-called tribalism of the professions—ie, the tendency of the various professions to act in isolation or even in competition with each other.

Redesign of professional health education is necessary and timely, in view of the opportunities for mutual learning and joint solutions offered by global interdependence due to acceleration of flows of knowledge, technologies, and financing across borders, and the migration of both professionals and patients. What is clearly needed is a thorough and authoritative re-examination of health professional education, matching the ambitious work of a century ago.

That is why this Commission, consisting of 20 professional and academic leaders from diverse countries, came together to develop a shared vision and a common strategy for postsecondary education in medicine, nursing, and public health that reaches beyond the



number of postsecondary nursing educational institutions train about 1 million new doctors, nurses, midwives, and public health professionals every year. Severe institutional shortages are exacerbated by maldistribution, both between and within countries.

Lancet 2010; 376: 1923-58
Published Online
November 29, 2010
DOI:10.1016/S0140-6736(10)61854-5
See Comment pages 1875 and 1877
*Joint first authors
Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA (Prof J Frank MD); China Medical Board, Cambridge, MA, USA (L Chen MD); Aga Khan University, Karachi, Pakistan (Prof J A Bhutta PhD); George Washington University Medical

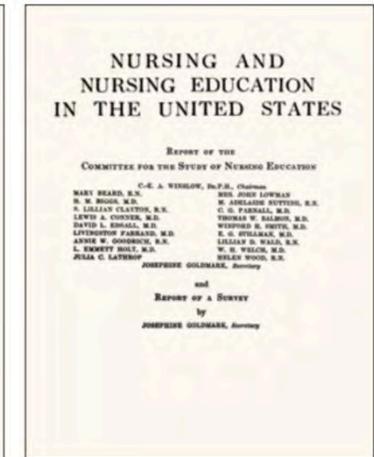
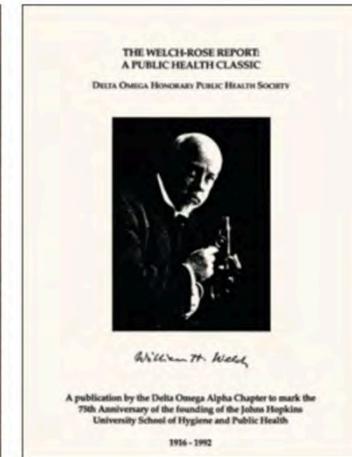
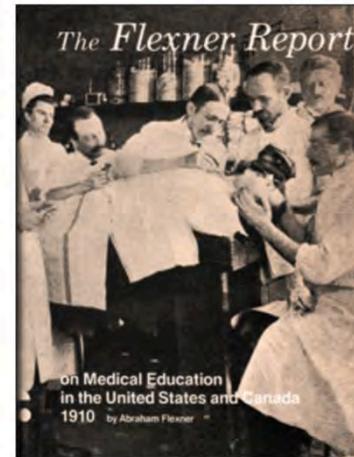
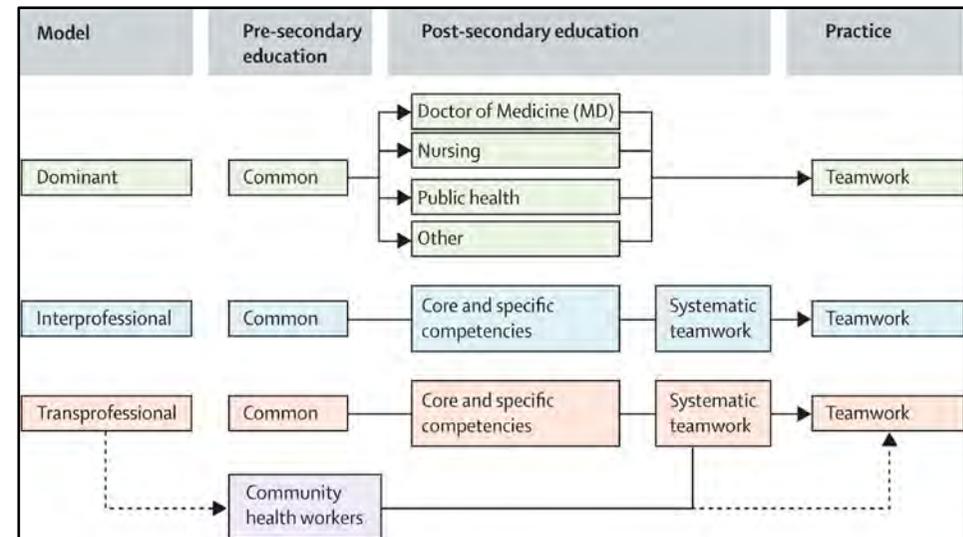
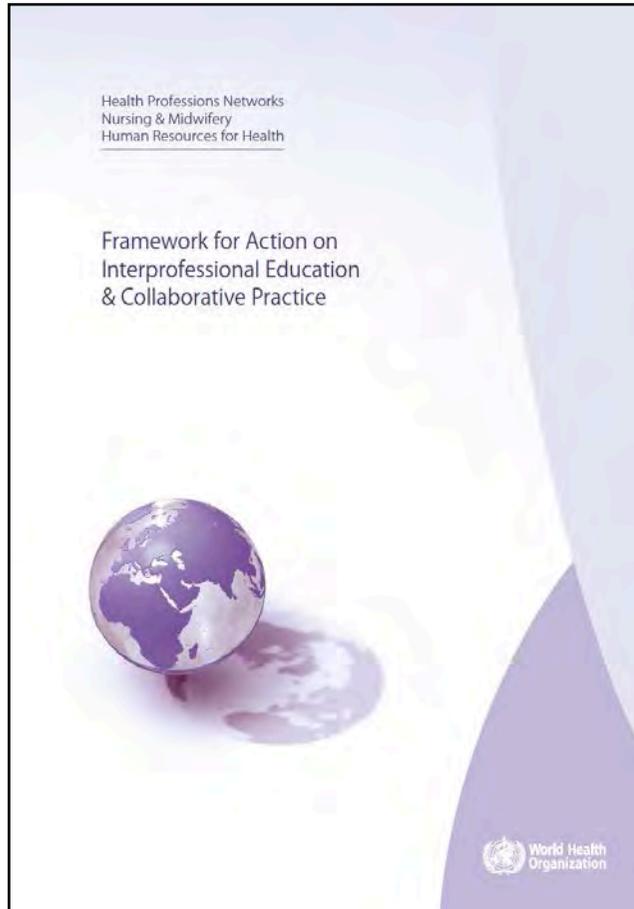


Figure 1: Flexner, Welch-Rose, and Goldmark reports



Educación inter-profesional (OMS, 2010)

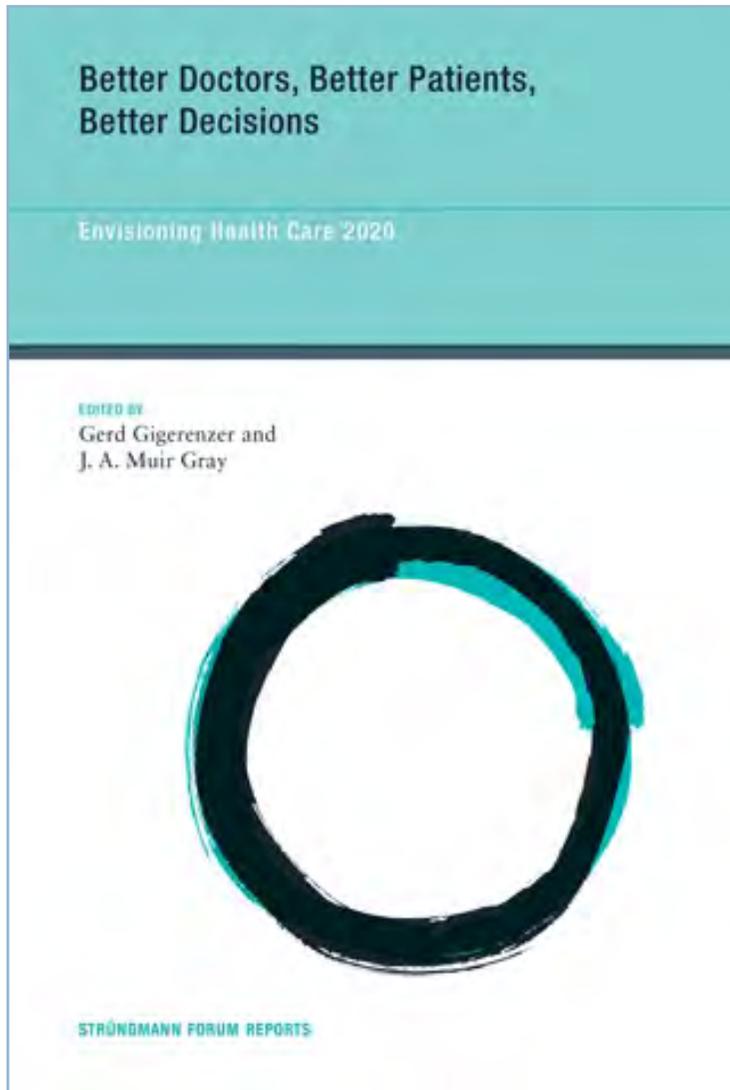


- “La **educación inter-profesional (EIP)** persigue la mejora de la atención socio-sanitaria hacia la mejora del bienestar de los individuos, las familias, y las comunidades. Adicionalmente, los resultados (desenlaces) pueden ayudar a reducir los costes de la provisión de servicios”
- **Pre-cualificación** (formación licenciatura/grado)
- **Post-cualificación** (post-grado; desarrollo profesional)

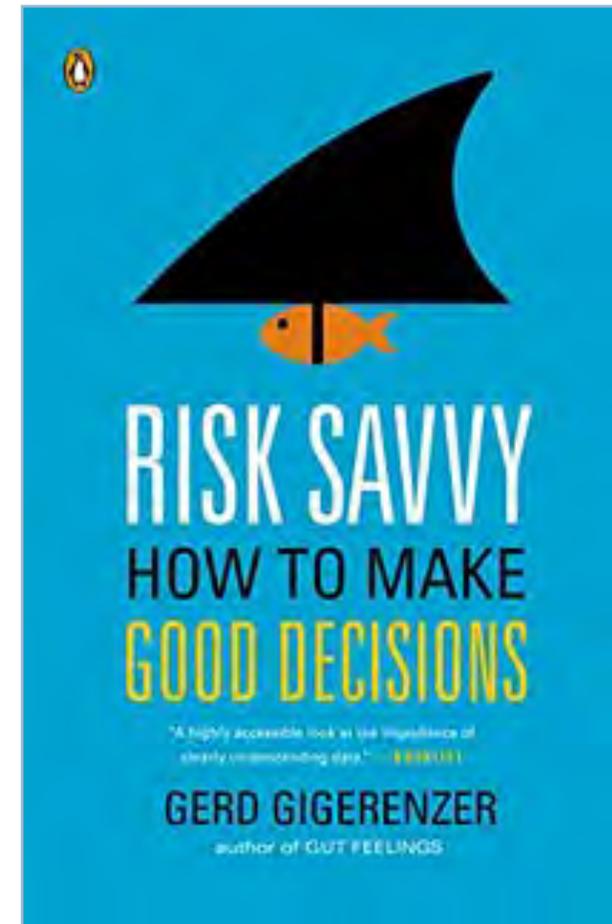
Educación inter-profesional: 6 desafíos

- Promover el trabajo en equipo
- Fortalecer la asistencia (o los cuidados) en la comunidad
- Integrar la asistencia (o los cuidados)
- Reubicar la fuerza de trabajo: inter- y multi- (ej. UDM)
- Salvaguardando al paciente (seguridad)
- Promover la salud pública

“Better patients, better doctors, better decisions”
(Muir Gray y Gigerenzer)



2011



2015

"Better Value Healthcare" (Muir Gray)



¿En qué anda ahora Muir Gray?

Predicando la tercera revolución sanitaria

- **Primera revolución**
 - La salud pública
- **Segunda revolución**
 - La irrupción de la tecnología sanitaria
- **Tercera revolución**
 - **Basada en:**
 - ✓ Conocimiento
 - ✓ Redes sociales e Internet
 - ✓ Ciudadanos
 - **Dirigida a:**
 - Valor en salud

Better Value Healthcare

To bring this change about we need a paradigm shift to the paradigm of population and personalised healthcare.

| Old Paradigm | New Paradigm |
|---|--|
| Focus on Effectiveness, quality and safety | Focus on equity & value (outcomes/costs, both financial and carbon) <ul style="list-style-type: none"> • Allocative value, • Technical value, • Personalised value, |
| Strengthening of competitive institutions | Development of collaborative systems and networks with patients & carers as equal partners |
| Good service with known patients | Personalised service for all the people affected in the population |
| Clinicians are the users of their institution's resources | Clinicians feel they are the stewards of the population's resources |
| Service improvement by reorganisation & more money | Service transformation by culture change & more knowledge |

El principio de precaución – la gestión de riesgos (ética de la responsabilidad)

Box 2.1. Uncertainties associated with specialized expert knowledge

Risk refers to a situation where the system parameters and their associated probabilities are known in relation to a hazard or cognate outcome.

Uncertainty is when the system parameters are known, but their probability in relation to a hazard is not.

Ignorance is when neither the system parameters nor their odds in relation to a hazard are known – that is, unknown unknowns.

Indeterminacy is the case of an open system that includes a social or human agent with an entirely unchecked social behaviour that acts on technological predictions. Hazards can occur in such open systems despite expert assurances in favour of safety.

Black Swans are rare outlier events that cannot be predicted a priori (often they have no precedence) and consequently fall outside usual cognitive imaginative capacities and expectations, but with massive effects on society: the earthquake in Japan on 11 March 2011, for example, can be considered a Black Swan event.

- Riesgo
- Incertidumbre
- Ignorancia
- Indeterminación
- “Cisnes negros”

- Evaluación cuantitativa de riesgos (ECR, QRA)
- “Health Literacy” – “alfabetización en salud”
- “Risk savvy” – “conocedor” del riesgo

“Health literacy” – “alfabetización en salud”



”Health literacy” – “alfabetización en salud”

Precauciones universales (HLUP, 2 ed, 2016, AHRQ)



Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care

- Simplifying communication with and confirming comprehension for all patients, so that the risk of miscommunication is minimized.
- Making the office environment and health care system easier to navigate.
- Supporting patients' efforts to improve their health.

<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>



“Health Literacy” - EU

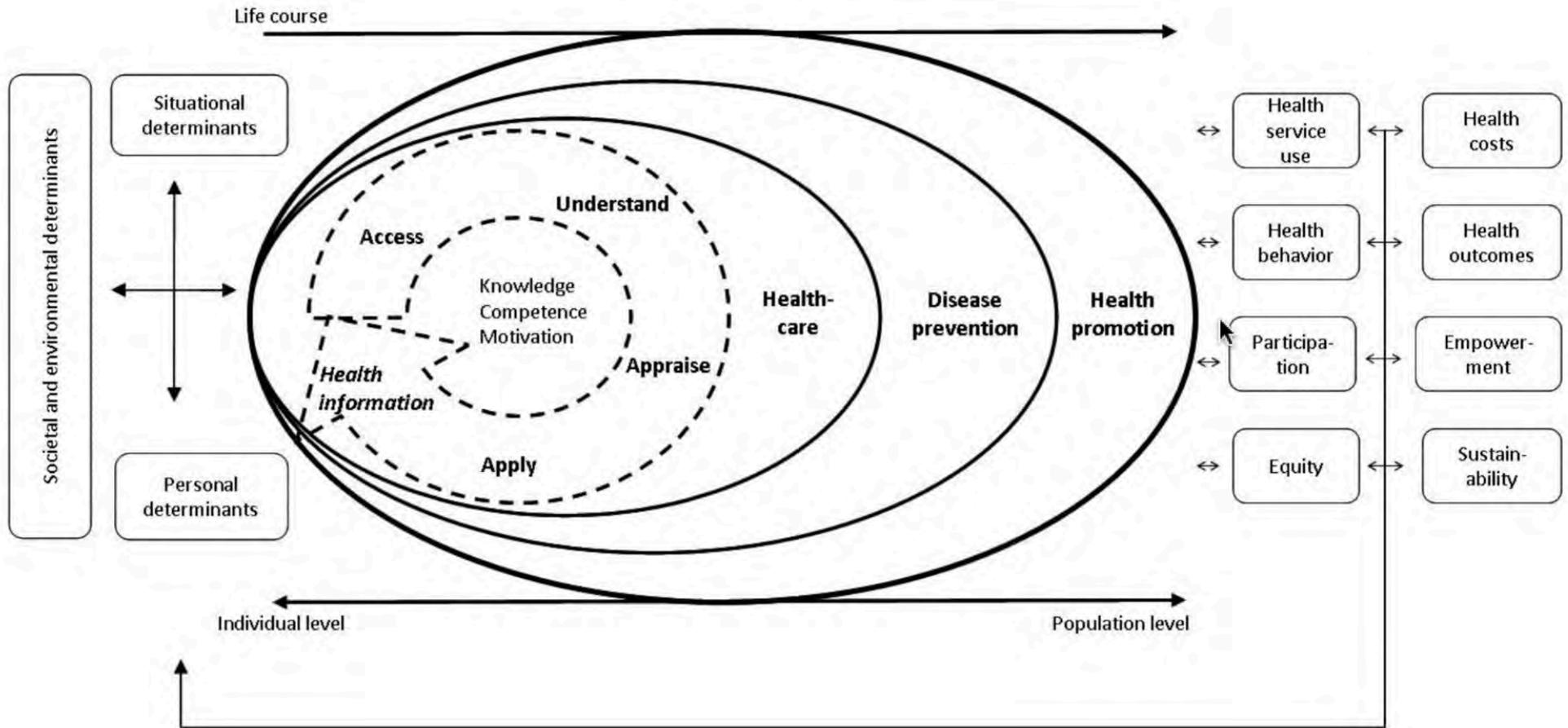


Figure 3: The HLS-EU Conceptual Model of Health Literacy (Sorensen et al. 2012)

Conclusiones: organización sanitaria, valores, gobernanza

- Combinar eficiencia y justicia
- Promover profesionalización / profesionalismo (desarrollar hábitos y buenas prácticas para realizar bienes internos de la profesión en un contexto ético cívico que construya valores)
- Entender la empresa sanitaria como sujeto moral con responsabilidad social (bienes internos)
- Crear clima de confianza
- Buscar excelencia profesional (no sólo beneficencia y autonomía, también justicia: gestión justa de recursos sanitarios: ejercicio organizacional de la profesión sanitaria)
- Utilizar herramientas institucionales de buna gobernanza (seguridad, calidad, integridad, cumplimiento, transparencia)

Conclusiones:

organización sanitaria, valores, gobernanza

- Una reflexión abierta
- Profesionalización de la gestión en salud
- Apuesta por la calidad y la mejora continua.
- Estandarización, certificación y acreditación
- Núcleo básico: las personas y profesionales que dan vida y dotan de sentido a las instituciones
- Diferentes carriles y diferentes velocidades.
Misma dirección y sentido.
- “Cultura institucional” encarnada.

Conclusiones:

organización sanitaria, valores, gobernanza

- Generando esta “cultura institucional” encarnada en sus profesionales, el compromiso sistemático con cualquiera de los modelos de mejora de la calidad o de promoción de la excelencia puede generar valor añadido y ser un acicate.
- Sin esta savia, hasta el mejor modelo de gestión puede resultar árido, frustrante y a la postre, incluso una carga.

DICHO DE MANERA MÁS POÉTICA Y ÉPICA

<http://www.youtube.com/watch?v=m5voqcN9zm4>

¡Hijos de Gondor y de Rohan! ¡Pioneros de la Gestión Clínica! ¡Mis hermanos! Veo en vuestros ojos, el mismo miedo que encogería mi propio corazón. Pudiera llegar el día en que el valor de los profesionales de la salud decayera; en el que olvidáramos a nuestros compañeros y se rompieran los lazos de nuestra comunidad.

Pero ¡hoy no es ese día!.

En que una hora de complejidad, incertidumbre, procesos de gestión burocratizados y estériles, rubricaran la consumación de la edad de los profesionales de la salud que buscan la excelencia.

Pero ¡hoy no es ese día!

En este día lucharemos por todo aquello que vuestro corazón ama del trabajo bien hecho. Os llamo a luchar por la excelencia.

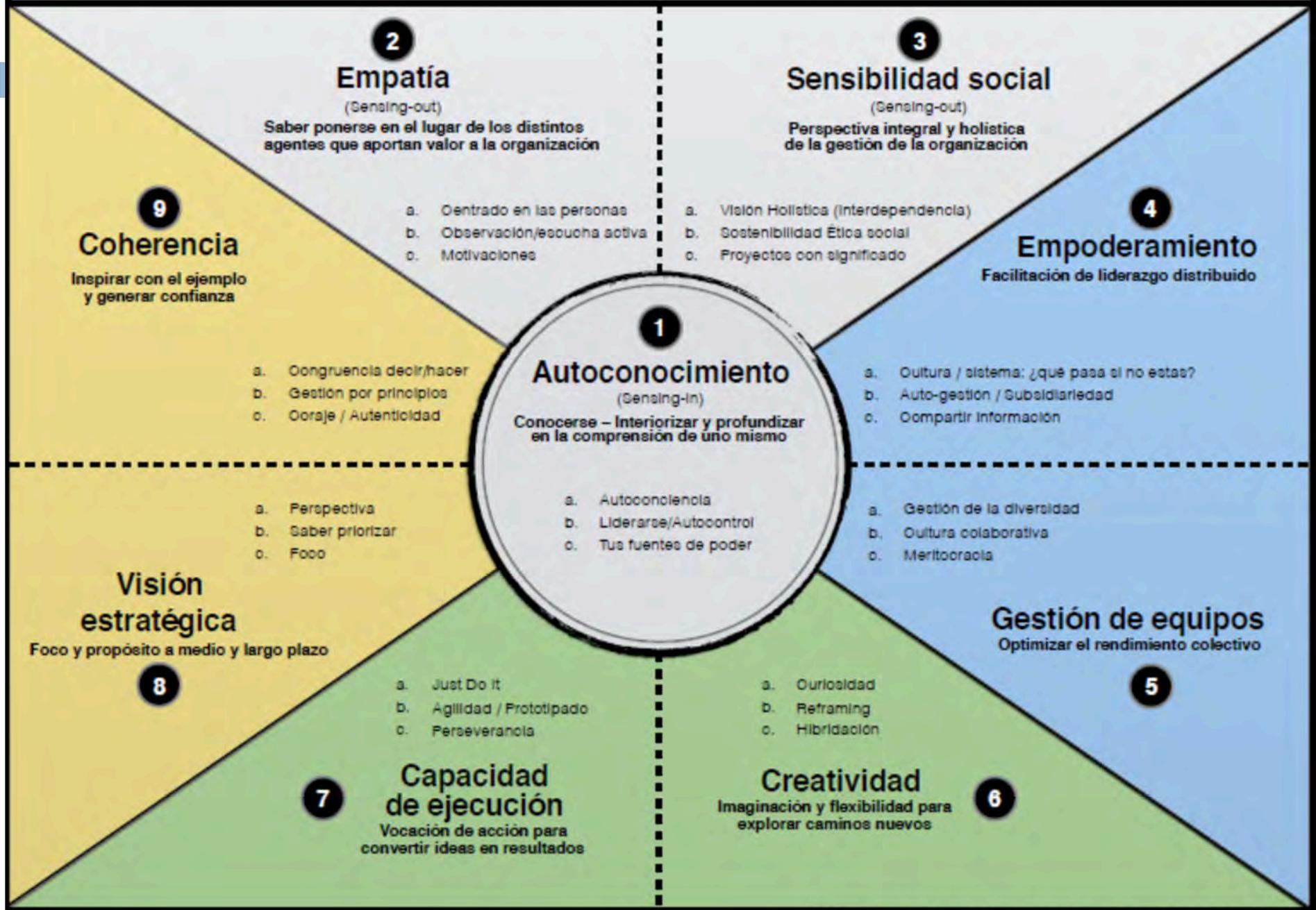
¡¡HOMBRES DEL OESTE!! ¡¡GESTORES CLÍNICOS!! ¡¡CONMIGO!!

¡LIDERAZGO!



Canvas del Liderazgo Innovador v2

Creado por: Amalio Rey & Ignacio García





Inteligencia colectiva para innovar

Inicio

GENERAR BUENAS IDEAS (+ CREATIVIDAD)

¿Cómo potenciar la creatividad y la capacidad innovadora en las organizaciones?



CREATIVIDAD



DESIGN THINKING



HIBRIDACIÓN

INNOVAR EN LA GESTIÓN (+ PARTICIPACIÓN)

¿Se puede mejorar la gestión con dinámicas abiertas, participativas, y que fomenten la colaboración?



GESTIÓN DEL CAMBIO 2.0



CULTURA ABIERTA



COLABORACIÓN E INTELIGENCIA COLECTIVA

PONER EN VALOR EL CONOCIMIENTO (+ VALOR)

¿Quieres convertir el conocimiento en productos, servicios y procesos de valor para la sociedad?



I-SKILLS:
HABILIDADES PARA INNOVAR



MARKETING DE LA I+D+I Y TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA



EMPRENEDORES INNOVADORES Y EBTS

SACAR PROVECHO DE INTERNET (+ CONVERSACIÓN)

¿Cómo extraer valor de Internet mediante una mejor gestión de las interacciones y los contenidos digitales?



ARQUITECTURA-WEB



VIGILANCIA 2.0 Y CONTENT CURATORS



SOCIAL BUSINESS STRATEGISTS



Muchas gracias

jjudez@sepd.es