SEPD SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

MONOGRAFÍA

Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo en España

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo en España

Albillos Martínez, Agustín, Alberca de las Parras, Fernando, Calleja Panero, José Luis, Carballo Álvarez, Fernando, Soto Bonel, José, Martín Arranz, María Dolores, Caunedo Álvarez, Ángel, Jiménez Pérez, Miguel, Bas-Cutrina, Francesc, Jorquera Plaza, Francisco, Redondo Cerezo, Eduardo, en nombre del Grupo de Investigadores de INNOVA Digestivo.

ADECUACIÓN Y GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LOS SERVICIOS DE APARATO DIGESTIVO EN ESPAÑA

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sancho Dávila, 6
28028. Madrid
www.sepd.es

ISBN: 979-13-990031-2-3

Coordinado, editado y publicado por la Sociedad Española de Patología Digestiva.

Cita recomendada de este documento: Albillos Martínez A, Alberca de las Parras F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Soto Bonel J, Martín Arranz MD, et al. Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo en España [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025. Disponible en: https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/RECURSOS%20HUMANOS.pdf

Copyright © SEPD. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta información puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio sin el permiso previo por escrito de la SEPD. La información contenida en este documento es confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin el consentimiento previo por escrito.

Grupo de Investigadores de INNOVA Digestivo 2024

- Alberca de las Parras, Fernando - Jefe de Servicio, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- Albillos Martínez, Agustín - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.
- Alcaín Martínez, Guillermo José - Jefe de Sección, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
- Andrade Bellido, Raúl Jesús - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
- Arévalo Serna, Juan Antonio - Jefe de Sección, Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo.
- Argüelles Arias, Federico - Jefe de Sección, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.
- Bañares Cañizares, Rafael – Catedrático de Medicina, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.
- Bas-Cutrina, Francesc - Jefe de Servicio, Hospital General de Granollers.
- Bejarano García, Ana - Jefa de Servicio, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.
- Benlloch Pérez, Salvador - Jefe de Servicio, Hospital Arnau Vilanova, Valencia.
- Berenguer Guirado, Rubén - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa de Lanzarote.
- Bermejo San José, Fernando - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Bosch Esteva, Orencio Francisco - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
- Cacho Acosta, Guillermo - Jefe de Sección, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Calleja Panero, José Luis - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Carballo Álvarez, Fernando – Catedrático de Medicina jubilado, Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Murcia.
- Caunedo Álvarez, Ángel - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.
- Ceballos Santos, Daniel Sebastián - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín., Las Palmas de Gran Canaria.
- Crespo García, Javier – Investigador del Instituto de Investigación Sanitaria IDIVAL, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.
- Cuadrado Lavín, Antonio - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.
- Díez Rodríguez, Rubén - Jefe de Sección, Complejo Asistencial Universitario de León.
- Domínguez-Muñoz, Juan Enrique - Jefe de Servicio, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

- Egea Valenzuela, Juan - Jefe de Sección, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- Escorsell Mañosa, María Angels – Jefa de Servicio, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.
- Fernández Rodríguez, Conrado - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Fernández Salazar, Luis Ignacio - Jefe de Servicio, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Fernández Vázquez, Inmaculada – Jefa de Servicio, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- García López, Santiago - FEA, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
- Gómez Rodríguez, Rafael - Jefe de Servicio, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.
- González Lama, Yago - Jefe de Sección, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- Herreros de Tejada Echanojauregui, Alberto - Jefe de Sección, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Huguet Malavés, José María - Jefe de Sección, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
- Jiménez Pérez, Miguel - Jefe de Servicio, Hospital Regional Universitario de Málaga.
- Jorquera Plaza, Francisco - Jefe de Servicio, Complejo Asistencial Universitario de León.
- Manceñido Marcos, Noemi - FEA, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.
- Martín Arranz, María Dolores - Jefa de Servicio, Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- Martín Rodríguez, Daniel - Jefe de Sección, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla.
- Martín-Vivaldi J., R. Javier - Responsable Unidad, Hospital Comarcal de Melilla.
- Martínez Otón, José Antonio - Jefe de Servicio, Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.
- Morales González, Silvia - Jefa de Sección, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.
- Nos Mateu, Pilar - Jefa de Servicio, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.
- Orive Calzada, Aitor - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo.
- Paredes Arquiola, José María - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia.
- Pérez-Cuadrado Martínez, Enrique - Jefe de Sección, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia.
- Pérez Millán, Antonio - Jefe de Servicio, Hospital Río Carrión, Palencia.
- Quer Boniquet, Joan Carles - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Juan XXIII, Tarragona.

- Redondo Cerezo, Eduardo - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.
- Rivero Fernández, Miguel - Jefe de Servicio, Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey.
- Rodríguez Ramos, Claudio - Jefe de Sección, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.
- Rodríguez Sánchez, Joaquín - Jefe de Servicio, Hospital Quirónsalud de Ciudad Real.
- Salcedo Plaza, María Magdalena - Jefa de Sección, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
- Santander Vaquero, Cecilio - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.
- Suárez González, Adolfo - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.
- Tabernero de Veiga, Susana - Jefa de Servicio, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.
- Van Domselaar, Manuel - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Torrejón.
- Vera Mendoza, María Isabel - Jefe de Sección, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Vergara Gómez, Mercedes - Jefa de Servicio, Hospital de Sabadell.

Participantes en los debates

- Fernando Alberca de las Parras. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- José Soto Bonel. Ponente. Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).
- José Luis Calleja Panero. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Conrado Fernández Rodríguez. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Agustín Albillos Martínez. Presidente de la SEPD. Coordinador general de INNOVA. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.
- Javier Crespo Martínez. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.
- Silvia Morales González. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.
- María Dolores Martín Arranz. Ponente. Hospital Universitario La Paz, Madrid
- Fernando Carballo Álvarez. Coordinador ejecutivo de INNOVA Digestivo.
- Cecilio Santander Vaquero. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid
- Inmaculada Fernández Vázquez. Hospital Universitario 12 de octubre, Madrid.
- Frances Bas-Cutrina. Hospital de Granollers.
- Joan Carles Quer Boniquet. Hospital Universitario Juan XXIII, Tarragona.
- Eduardo Redondo Cerezo. Hospital Universitario Virgen de la Nieves, Granada.
- Guillermo Cacho Acosta. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.
- Ángel Caunedo Álvarez. Ponente. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.
- Miguel Jiménez Pérez. Ponente. Hospital Regional Universitario de Málaga.
- María Àngels Escorsell Mañosa. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.
- Yago González Lama. Hospital Universitario 12 de octubre, Madrid.
- Rafael Gómez Rodríguez. Hospital Universitario de Toledo.
- Enrique Domínguez Muñoz. Jefe de servicio. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

ÍNDICE

Resumen.

Introducción.

Ponencias presentadas en la primera jornada presencial de INNOVA Digestivo.

- La adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios hospitalarios desde la perspectiva del directivo de la salud.
- Debate.
- La adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos desde la perspectiva de los jefes de servicio de aparato digestivo.
- Debate.
- Adecuación profesional al desempeño: incorporación, desarrollo profesional y gestión de la motivación y de la eficiencia.
- Los recursos humanos en la gestión de procesos de alta frecuencia y/o complejidad.
- Debate final conjunto.

Presentación de propuestas y recomendaciones durante la segunda jornada presencial de INNOVA Digestivo.

- Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos desde la perspectiva de los jefes de servicio de aparato digestivo. Puntos clave y presentación de propuestas y recomendaciones.
- Adecuación profesional al desempeño: incorporación, desarrollo profesional y gestión de la motivación y de la eficiencia. Puntos clave y presentación de propuestas y recomendaciones.
- Los recursos humanos en la gestión de los procesos de alta prevalencia y/o complejidad. Puntos clave y presentación de propuestas y recomendaciones.
- Resultados de la votación estimativa de las propuestas y recomendaciones.
- Debate.

Recomendaciones y propuestas para la mejora de la adecuación y gestión de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo en España. Documento de consenso y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

Aplicabilidad y proyección.

RESUMEN

El proyecto INNOVA Digestivo

El proyecto INNOVA Digestivo, promovido por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), constituye una iniciativa estratégica destinada a identificar los principales problemas y retos de los servicios de aparato digestivo en España y a desarrollar, a partir de ellos, líneas de acción innovadoras orientadas a reforzar su calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad. Consciente de los cambios acelerados que afectan al sistema sanitario, de la creciente complejidad de la atención digestiva y del avance de las tecnologías emergentes, el proyecto apuesta por un enfoque participativo, basado en la implicación directa de los profesionales que lideran los servicios clínicos.

Metodología de trabajo

La metodología de trabajo de INNOVA Digestivo se estructura en distintas fases encadenadas. En primer lugar, se realizó un proceso sistemático de identificación y priorización de los principales problemas y retos de los servicios de aparato digestivo, a través de la participación de jefes de servicio y responsables de unidades de todo el país. Como resultado, se definieron cuatro áreas temáticas prioritarias para su análisis en profundidad, entre las cuales se encuentra la adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos, objeto de esta monografía.

Cada área temática ha sido trabajada mediante la organización de jornadas presenciales de trabajo, en las que se combinaron exposiciones de ponencias específicas, debates estructurados y procesos de votación interactiva. Este proceso culmina en la elaboración de una monografía que recoge de forma sistemática el análisis crítico, las propuestas formuladas y el posicionamiento final de la SEPD en cada área.

Justificación del área de recursos humanos

La presente monografía recoge el análisis detallado y la reflexión colectiva en torno al área de adecuación y gestión de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo. La importancia estratégica de este ámbito fue ampliamente reconocida en la fase de identificación de problemas, al constituir uno de los principales factores limitantes para la capacidad de respuesta, la calidad y la sostenibilidad de los servicios.

Análisis de retos y problemas

El trabajo desarrollado se articuló a través de dos jornadas presenciales. La primera jornada estuvo dedicada a analizar en profundidad los principales retos relacionados con la organización y gestión de los recursos humanos, mediante ponencias que abordaron temas como la adecuación profesional al desempeño, la incorporación y retención de talento, el desarrollo profesional continuo, la gestión de la motivación y eficiencia, y la optimización organizativa de procesos de alta complejidad y demanda. Los debates posteriores permitieron matizar enfoques, compartir experiencias y construir una visión crítica y compartida sobre las carencias existentes y las oportunidades de mejora.

De este análisis surgieron diversos retos centrales, entre ellos: la insuficiencia y desajuste de plantillas en relación con la demanda creciente; la fragmentación entre funciones asistenciales, docentes e investigadoras; la sobrecarga de tareas administrativas que limitan

el tiempo clínico efectivo; la falta de desarrollo de instrumentos de reconocimiento y certificación de competencias; las rigideces en los procesos de contratación y movilidad; y la necesidad de potenciar la motivación, el liderazgo y la eficiencia organizativa dentro de los equipos clínicos.

Formulación de recomendaciones y propuestas

En la segunda jornada se presentaron de forma estructurada las recomendaciones y propuestas de estudio y desarrollo elaboradas a partir del análisis previo. Estas recomendaciones y propuestas fueron sometidas a votación estimativa entre los asistentes, utilizando escalas tipo Likert, con el objetivo de valorar su grado de aceptación preliminar y establecer una base sólida para su perfeccionamiento y priorización posterior.

Las recomendaciones planteadas se centraron en varios ejes estratégicos, entre los que destacan:

- El impulso a la redefinición de las plantillas asistenciales mediante estudios de cargas de trabajo adaptados a las características y necesidades de los servicios.
- La promoción de programas de incorporación y desarrollo del talento, que contemplen itinerarios personalizados y estrategias activas de fidelización.
- La implementación de programas de formación en liderazgo clínico y gestión de equipos, orientados a la motivación y eficiencia de los profesionales.
- La integración estructurada de la enfermería en los servicios de digestivo, mediante el desarrollo de funciones avanzadas y la colaboración efectiva multidisciplinar.
- La creación de una red nacional de servicios de digestivo para el aprendizaje cooperativo, la investigación aplicada en organización de servicios y la diseminación de buenas prácticas.
- La promoción de una escuela de gestión asistencial basada en valor, orientada a la formación de responsables de unidades y futuros líderes organizativos.

Las propuestas de estudio y desarrollo complementarias incluyeron:

- La realización de estudios de carga asistencial y análisis de dotación de recursos humanos específicos de aparato digestivo, con enfoque territorial y de complejidad asistencial.
- El diseño y evaluación de experiencias piloto sobre optimización de funciones administrativas mediante la aplicación de herramientas de inteligencia artificial y gestión digitalizada.
- El análisis prospectivo de necesidades de formación avanzada y de subespecialización, de cara a planificar mejor los recursos profesionales del futuro.
- El desarrollo de proyectos de integración efectiva de la actividad docente e investigadora en la planificación y evaluación de plantillas asistenciales.

Resultados de las votaciones estimativas

Los resultados de las votaciones estimativas mostraron un respaldo generalizado a la mayoría de las recomendaciones y propuestas, aunque en algunos casos se detectaron

niveles significativos de neutralidad o disenso, lo que indicó la necesidad de revisar y perfeccionar ciertas formulaciones antes de su validación definitiva.

Posteriormente, mediante un proceso de debate estructurado y votación final, se consolidó el posicionamiento definitivo de la SEPD en este ámbito. Las recomendaciones y propuestas que superaron los umbrales de aceptación establecidos han sido recogidas en el documento de posicionamiento final, que forma parte integrante de esta monografía.

Posicionamiento final de la SEPD

La SEPD, mediante este posicionamiento, asume un compromiso activo con la mejora de la adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo. Se reconoce que los problemas identificados son dinámicos y que las soluciones propuestas deberán ser objeto de seguimiento, evaluación y ajuste continuos. Asimismo, se destaca la necesidad de promover el liderazgo profesional en los procesos de cambio, la utilización de datos objetivos en la gestión clínica, la colaboración entre servicios, y la apertura a la innovación tecnológica y organizativa.

Aplicabilidad y proyección

Esta monografía no constituye el cierre de un proceso, sino el inicio de un ciclo de transformación continua. La aplicación efectiva de las recomendaciones formuladas, el impulso de los proyectos de desarrollo propuestos, y el seguimiento sistemático de los resultados serán esenciales para garantizar que el trabajo realizado se traduzca en mejoras tangibles para los profesionales, los servicios y los pacientes.

La aplicabilidad inmediata de las recomendaciones ofrece a los servicios clínicos herramientas para planificar y priorizar mejoras organizativas en recursos humanos, optimizar el tiempo asistencial, reforzar la estabilidad y la motivación de los equipos, y avanzar hacia modelos de desempeño más eficientes y centrados en la generación de valor. Desde el punto de vista institucional, proporciona a la SEPD un marco sólido para orientar sus acciones ante las administraciones sanitarias y para liderar iniciativas de modernización organizativa en el sistema de salud.

La proyección futura del trabajo incluye la creación de grupos de trabajo específicos para impulsar las líneas de desarrollo planteadas, la continuidad de las redes de colaboración entre servicios, y la evaluación periódica del impacto de las acciones emprendidas. La SEPD mantiene su compromiso de actuar como motor de cambio, articulando los esfuerzos colectivos de los profesionales para construir servicios de aparato digestivo más sólidos, innovadores y capaces de responder a los desafíos del futuro.

INTRODUCCIÓN

Introducción

Albillos Martínez, Agustín, Alberca de las Parras, Fernando, Calleja Panero, José Luis, Carballo Álvarez, Fernando

El proyecto INNOVA Digestivo es una iniciativa promovida por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), concebida como una plataforma de reflexión estratégica y propuesta de mejora para los servicios de aparato digestivo en España. Su objetivo general es desarrollar líneas de acción innovadoras que contribuyan a reforzar su calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad, a partir de la identificación de los principales problemas y retos que afrontan estos servicios en el contexto actual.

INNOVA Digestivo parte del convencimiento de que la creciente complejidad de la atención digestiva, el avance de las tecnologías emergentes y los cambios organizativos y sociales exigen una respuesta colectiva e innovadora. Frente a los desafíos actuales, el proyecto apuesta por un enfoque participativo, en el que los profesionales que lideran los servicios de aparato digestivo tengan un papel central en la definición de problemas, en la construcción de soluciones y en la transformación de los modelos de gestión.

La metodología de trabajo de INNOVA Digestivo combina distintas fases encadenadas. En primer lugar, se llevó a cabo un proceso sistemático de identificación y priorización de los principales problemas y retos de los servicios, mediante encuestas y talleres participativos en los que intervinieron jefes de servicio de aparato digestivo de todo el país. A partir de este análisis se seleccionaron las áreas temáticas prioritarias para su estudio en profundidad. Cada área se abordó posteriormente mediante el desarrollo de jornadas presenciales, que combinaron la exposición de ponencias específicas, debates estructurados y procesos de votación interactiva. Finalmente, se elaboraron documentos de síntesis que recogen las propuestas, recomendaciones y posicionamientos finales de la SEPD en relación con cada ámbito de trabajo.

Esta monografía recoge los resultados del análisis crítico y de la reflexión colectiva desarrollados en torno al área de adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo, una de las áreas temáticas seleccionadas como prioritarias en la fase de identificación y priorización de problemas y retos realizada en el marco del proyecto INNOVA Digestivo.

El trabajo se desarrolló a través de dos jornadas presenciales organizadas en el marco del proyecto. En la primera jornada se analizaron en profundidad los principales retos relacionados con la organización y gestión de los recursos humanos, mediante ponencias específicas y debates estructurados que permitieron construir una visión crítica, matizada y compartida sobre las carencias existentes y las oportunidades de mejora.

La segunda jornada estuvo orientada a la formulación de recomendaciones y propuestas de desarrollo, presentadas de manera estructurada y sometidas a votación estimativa para valorar su grado de aceptación preliminar. Esta dinámica permitió identificar las acciones con mayor respaldo y establecer una base sólida para su perfeccionamiento y priorización de cara a la fase final. Esta consistió en la votación definitiva de los grados de acuerdo y relevancia otorgados por los investigadores a cada una de las formulaciones definitivas de estas recomendaciones y propuestas.

El espíritu que ha guiado todo este proceso ha sido el de construir, de forma colaborativa, un cuerpo de conocimiento y de propuestas orientadas a fortalecer los servicios de aparato digestivo, promover la excelencia profesional y dar respuesta efectiva a los nuevos desafíos del sistema sanitario.

Esta monografía, al igual que el resto de la producción editorial de INNOVA Digestivo, no tiene como propósito elaborar una revisión teórica basada en fuentes ajenas, ni realizar una exposición general del área temática apoyada en referencias bibliográficas externas. Su objetivo es documentar el esfuerzo colectivo del proyecto en el análisis crítico de problemas y retos percibidos por los responsables de los servicios de aparato digestivo, y recoger el posicionamiento institucional de la SEPD, estableciendo así el primer paso para el diseño y ejecución de acciones orientadas a la implementación efectiva de las propuestas y recomendaciones formuladas.

PONENCIAS

La adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios hospitalarios desde la perspectiva del directivo de la salud

José Soto Bonel

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

RESUMEN

El ponente abordó la evolución del concepto de liderazgo en los hospitales, destacando que un jefe moderno debe basarse en la auctoritas y no en la potestas. Durante la ponencia, subrayó que la gestión hospitalaria implica no solo a los altos directivos, sino también a jefes de servicio, médicos, enfermeras y celadores, todos ellos responsables de gestionar sus recursos de manera eficiente, incluso el tiempo.

El Dr. Soto reflexionó sobre la diferencia entre resolver problemas y gestionar conflictos, enfatizando que los problemas pueden solucionarse con dedicación, mientras que los conflictos, que subyacen a menudo a problemas sin resolver, requieren negociación y colaboración.

También habló sobre la reingeniería de procesos y la importancia de medir los resultados a través de la gestión basada en valor y la comparación (benchmarking). Mencionó la inclusión de pacientes en los consejos de gestión como un avance hacia una mayor participación en la toma de decisiones.

Concluyó resaltando que los estilos de liderazgo deben centrarse en la empatía, la comunicación y la colaboración, alejándose de métodos autoritarios, con el objetivo de mejorar la salud de los pacientes y optimizar los recursos a mediano y largo plazo.

PONENCIA

Muy buenas tardes. Me alegra estar aquí con todos ustedes. Me considero parte de este colectivo y no solo como un profesional, sino como alguien que ha ocupado posiciones de responsabilidad, es decir, un jefe. La idea de lo que significa ser un "jefe" ha cambiado con el tiempo. Antes, un jefe era quien mandaba y ejercía poder de forma autoritaria. Hoy, un jefe es alguien que tiene auctoritas más que potestas, como decían los latinos. Es decir, un jefe moderno se parece más a un directivo que a un capataz.

Probablemente, muchos de ustedes esperan que defienda una perspectiva típica de un directivo de la salud, alguien con un cargo formal y autoridad definida. Sin embargo, no hablaré de eso hoy. Quiero centrarme en los directivos de la salud en un sentido amplio, incluyendo hospitales, atención primaria y consejerías de salud. Ahora bien, ¿es posible "dirigir" la salud? En mi opinión, no. Lo que se gestiona son los servicios sanitarios que, en ocasiones, contribuyen a la salud.

Debo confesar que no soy médico, sino economista, por lo que les pido comprensión si en algún momento mis comentarios no son del todo precisos desde el punto de vista clínico.

SEDISA cuenta con más de 2800 asociados, todos directivos de la salud. Al observar mi entorno veo que los directivos de la salud tienen un papel fundamental. Aunque pueden surgir tensiones; es algo normal en la gestión de hospitales. Por ejemplo, esta mañana en

mi puesto de trabajo, me llamaron porque un familiar no quería que se diera de alta a su madre, alegando que no había preparado alternativas para cuidarla en casa. Esta situación terminó en un momento tenso, con la policía involucrada, y comentarios inapropiados que reflejan las dificultades que enfrentamos.

También las relaciones entre jefes de servicio, directores y gerentes pueden ser complejas, tanto en reuniones formales como en discusiones informales sobre los objetivos. Los directivos de la salud en los hospitales se identifican con facilidad: el gerente, los directores médicos, de enfermería, de recursos humanos y otros. Pero ¿solo ellos son directivos? Dirigir implica también gestionar, aunque algunos autores afirman que no es lo mismo. Gestionar es utilizar los recursos disponibles para obtener los mejores resultados posibles.

Entonces, ¿quiénes son los gestores en un hospital? Ustedes, como jefes de servicio, lo son. Y también lo son los médicos, las enfermeras y los celadores. Cada uno gestiona su área de trabajo cuando utiliza los recursos. Incluso el tiempo, aunque no es un recurso material, es algo que todos gestionan. La dirección, por otro lado, es más compleja. Implica definir objetivos y estrategias, planificar y orientar la organización hacia el futuro.

Ustedes, como jefes de servicio, a menudo ejercen funciones de dirección al liderar sus equipos y desarrollar protocolos. No se entendería que en un hospital moderno el gerente impusiera protocolos de atención sin contar con ustedes. Del mismo modo, tampoco se entendería que los jefes de servicio no reconocieran la responsabilidad del gerente de buscar apoyo, recursos, presupuestos y garantizar la estabilidad de los equipos.

Hace poco leí una frase que me impactó: "Los problemas se solucionan, los conflictos se negocian". Los problemas pueden resolverse con dedicación, pero los conflictos son más complicados, ya que suelen estar relacionados con historias y circunstancias previas. Cuando ustedes, jefes de servicio, van al gerente y le dicen: "Hemos trabajado en un grupo y hemos identificado estos problemas; necesitamos aumentar el personal porque ya no podemos mantener este ritmo", están planteando un problema. Sin embargo, cuando estos problemas se prolongan y no se resuelven, se convierten en conflictos.

Estos problemas no han aparecido ayer. Han existido durante mucho tiempo y es evidente que ustedes, con su experiencia, los han enfrentado desde antes. Resolver un conflicto requiere sentarse a negociar y buscar soluciones de forma colaborativa. Resolver un conflicto es más difícil que resolver un problema. A menudo, minimizamos los problemas llamándolos "problemillas", pero los conflictos exigen un enfoque diferente.

La eficiencia en la gestión se malinterpreta a menudo como la necesidad de reducir gastos. Pero ser eficiente no significa gastar menos, sino obtener mejores resultados con una optimización de recursos. Esto podría implicar un mayor gasto si se traduce en mejores resultados. ¿Cómo medimos estos resultados? La innovación y la gestión basada en valor nos permiten evaluarlos. Medimos el valor de los resultados, que se puede comparar y analizar mediante estrategias de benchmarking.

Cada vez involucramos más a los pacientes en nuestras estrategias de gestión, creando consejos en los que participan pacientes y profesionales respetados por su experiencia. Esto es un primer paso hacia una gestión más inclusiva.

Finalmente, los estilos de liderazgo deben ser empáticos, basados en la comunicación, la escucha activa y la colaboración. La época de imponer decisiones ha quedado atrás. Debemos recordar que nuestra misión es mejorar la salud de las personas. Pensar en la eficiencia significa optimizar los recursos para mejorar los costos a mediano y largo plazo.

Debate tras la ponencia "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios hospitalarios desde la perspectiva del directivo de la salud" presentada por José Soto Bonel.

Participantes:

Fernando Alberca de las Parras. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

José Soto Bonel. Ponente. Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).

José Luis Calleja Panero. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Conrado Fernández Rodríguez. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Agustín Albillos Martínez. Presidente de la SEPD. Coordinador general de INNOVA. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Javier Crespo Martínez. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Silvia Morales González. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

RESUMEN

El debate comenzó con una reflexión sobre cómo los directivos de salud, a menudo, se ven restringidos por los presupuestos asignados por las consejerías de Hacienda, lo que limita su capacidad de acción en la gestión hospitalaria. José Soto destacó la importancia de expresar estas limitaciones y de intentar ajustar la gestión en base a un presupuesto adecuado, evitando el déficit constante que genera recortes y afecta negativamente a los servicios.

Se comparó la gestión en sanidad pública y privada, resaltando que, mientras en la privada se mide diariamente el rendimiento financiero, en la pública predomina la restricción del gasto. Soto subrayó que, incluso en un hospital sin ánimo de lucro, cada aumento de gasto es evaluado cuidadosamente para asegurar su beneficio y financiación. En cambio, en la pública, el presupuesto sigue siendo la principal herramienta de control, sin una visión que incluya tanto los gastos como los ingresos potenciales.

Durante el debate, se abordaron las dificultades de reinvertir los ahorros de eficiencia en los propios servicios que los generan. Aunque en algunos hospitales se ha logrado, la mayoría de los ahorros tienden a repartirse a nivel global sin un impacto directo en el servicio.

La discusión también abarcó el tema de la planificación estratégica en los hospitales, donde se observó que, aunque sería ideal premiar a los servicios más eficientes, esta práctica no es habitual. Soto mencionó la experiencia de institutos específicos en hospitales como el Clínic de Barcelona y el Hospital Clínico San Carlos, donde los jefes de servicio lideraban áreas específicas con una estructura casi empresarial, objetivos claros y evaluación

continua. Sin embargo, esta estructura no es común y suele percibirse como una debilidad de gestión.

Además, se debatió sobre la importancia de los indicadores de rendimiento en cada servicio. Mientras que en algunos hospitales se utilizan métricas sólidas, en otros solo se mide la cantidad de procedimientos. La sanidad privada, en contraste, suele manejar indicadores más diversos y orientados a resultados.

Finalmente, se reflexionó sobre la necesidad de una mejor gestión de los datos y la comparación de indicadores para fortalecer la gestión en la pública. Aunque hoy existen herramientas avanzadas, como la inteligencia artificial, se mencionó que el temor a posibles repercusiones puede frenar su implementación. Soto subrayó que es clave aprovechar los datos para mejorar la eficiencia y responder a las demandas actuales de la sanidad pública, sin depender únicamente de los informes estándar de los gerentes.

DEBATE

Fernando Alberca

¿Alguien en la sala quiere hacer algún comentario? Bueno, voy a romper el hielo. ¿Hasta qué punto un directivo de salud, en este momento, se guía principalmente por un perfil presupuestario? Parece que lleváis una especie de coraza que depende de las consejerías de Hacienda, y eso lo sabemos bien quienes trabajamos en los hospitales. Muchas veces, se percibe que os escudáis detrás de Hacienda. Lo menciono de forma general, no de manera personal. ¿Existe alguna facilidad para salir de ese encorsetamiento y de esa problemática?

José Soto

Como directivos, debemos incluir en nuestras actitudes y acciones la capacidad de expresar las realidades sin temor. Es fundamental poder decir claramente: 'Este presupuesto que se me asigna se agota en agosto y, a partir de ese momento, comenzamos a generar deudas, salvo que usted, señor consejero de Hacienda, actúe'. En muchas ocasiones, nuestras solicitudes se dirigen al consejero de Sanidad, pero es él quien debe trasladar la situación a su homólogo en Hacienda.

No se puede permitir la generación constante de déficits, ya que esto conduce inevitablemente a recortes que, a largo plazo, complican aún más la gestión. Los recortes, además, rara vez se entienden y no suelen estar basados en criterios claros, lo que genera más problemas. Los recortes no solucionan nada; al contrario, agravan la situación al limitar el uso de los recursos necesarios.

Nosotros, como directivos, debemos gestionar los recursos y, si se nos pide respetar un presupuesto ajustado, tendremos que reducir la atención en ciertos aspectos. Esto puede llevar a situaciones como la que hemos visto recientemente, donde la falta de presupuesto se utiliza como excusa, argumentando que 'no depende de mí, sino de otros'. Sin embargo, cuando un gerente acuerda un presupuesto alineado con las necesidades productivas del hospital y con el trabajo de los jefes de servicio, debe luchar por mantenerlo.

Aceptar recortes de manera pasiva no es lo más adecuado. Un hospital que sufre recortes continuos no puede mantener su nivel de servicio, y la gente no es un rebaño que sigue

ciegamente a un pastor. Mi suegro era pastor de ovejas y, aunque él podía controlar al rebaño, en un entorno hospitalario actual nadie tiene ese tipo de autoridad absoluta. La clave está en reconocer que el conocimiento reside en la base de la organización y en trabajar en colaboración desde allí.

El presupuesto debe ser considerado no solo como un gasto, sino también desde la perspectiva de los ingresos. La política presupuestaria debe incluir aspectos comerciales y arancelarios, entre otros. Sin embargo, parece que muchos evitan adentrarse en este terreno, aunque es esencial. No se puede limitar a los hospitales a gestionar solo un presupuesto de gastos cuando podríamos tener un presupuesto de ingresos que permita equilibrar y asociar ambos aspectos de forma eficiente.

José Luis Calleja

Quisiera preguntarte si crees que hay diferencias entre la gestión en la medicina pública y la privada, especialmente en lo que respecta al enfoque en los costos. En la medicina pública, lo que prima es el gasto; como jefe de servicio, se me pide que mantenga un gasto máximo, no que reduzca los costos. Esto es diferente en la medicina privada, donde el objetivo es más bien reducir los costos para mejorar la eficiencia. ¿Tienes experiencia en ambos ámbitos? Porque en la práctica de la medicina pública, aunque todo lo que has explicado suena muy bien, lo que realmente importa es el control del gasto. El gerente no suele tener capacidad para aumentar el gasto, y el consejero tampoco. Esta es la realidad con la que debemos lidiar. Podemos intentar ser más eficientes reduciendo los costos, pero al final, lo que se nos asigna es un límite de gasto máximo.

José Soto

Sí, lo acabo de mencionar, y lo reafirmo. En la sanidad privada, me he encontrado muchas veces en situaciones peculiares, como en las cafeterías frente al Hospital Clínico, donde trabajaba antes. Recuerdo encuentros con un antiguo gerente, ahora director general, que solía mostrarme un papel diciendo: 'Mira, esta es mi cuenta de pérdidas y ganancias de hoy'. Yo le respondía que en mi hospital público nunca realizaba una cuenta de pérdidas y ganancias diaria. En la sanidad privada, sin embargo, se vive de estos resultados financieros, aunque también se consideran los resultados en términos de salud.

Ahora trabajo en una institución privada sin ánimo de lucro, el Hospital San Juan de Dios. Allí no reviso una cuenta de pérdidas y ganancias diaria, pero sí manejamos una norma clara: 'sin ánimo de lucro' no significa gastar sin control. Cada decisión de aumentar el gasto se analiza detenidamente: por qué se hace, cuál es la consecuencia, a quién beneficia y cómo se financia. Esta es la principal diferencia. En los hospitales públicos, la herramienta clave es el presupuesto, no una cuenta de pérdidas y ganancias. Si no vemos reflejada esta herramienta, no la interpretamos como un reto o problema, simplemente es un presupuesto a cumplir.

La cuestión es cómo cumplir el presupuesto. ¿Es suficiente con aplicar recortes y ya está? Eso no debería ser así, aunque a veces ocurre. Cuando hay un déficit presupuestario, suele ser necesario habilitar créditos extraordinarios para cubrirlo. Esta situación ha contribuido a que, como sector, tengamos mala reputación frente a las consejerías de Hacienda, que nos dotan de presupuestos.

Fernando Alberca

En este momento estamos viviendo la introducción de un nuevo biosimilar en el mercado y desde los hospitales se nos dice que podemos ahorrar un millón de euros si realizamos consultas para hacer el cambio. Esta consulta puede ahorrar unos 4.000 euros, pero ninguno de esos ahorros repercute directamente en el servicio de Recursos Humanos. Todo el ahorro va al hospital en general, pero nunca al esfuerzo del servicio. ¿Habría alguna forma presupuestaria de que los ahorros en eficiencia de un servicio pudieran traducirse en mejoras directas para dicho servicio, en lugar de diluirse en el conjunto del hospital?

José Soto

Claro que sí, hay hospitales que lo hacen.

Conrado Fernández

Deberíamos conocer cuál es el presupuesto de inversión para todo el año. Me refiero a excluir el capítulo 1, pero no tengo claro cuál es el presupuesto de inversión. Cuando necesito renovar material, siempre me dicen que no hay dinero. Creo que sería muy útil conocer esto y, a partir de ahí, gestionar como mencionaste. Sin embargo, hay servicios que no generan activos ni pueden hacerlo, como el de rehabilitación y otros similares. Esto es importante también por una cuestión de equidad. Pero, por transparencia y corresponsabilidad en la gestión, deberíamos contar con un porcentaje asignado de presupuesto de inversión al inicio de cada ejercicio. No entiendo por qué no se hace.

José Soto

Las dos cosas. Yo he firmado con algún jefe de servicio asignar al servicio una parte del gasto. Esa parte, claro, no se puede quedar en el bolsillo, sino destinarse a inversiones, mejoras de servicio, etcétera. En algunos hospitales, sobre todo aquellos que tienen una fundación para la investigación, esto es más fácil de articular. Además, para alcanzar acuerdos sólidos entre los directivos y los gestores de servicios, es necesario entrar en este tipo de razonamientos y acuerdos. Si no lo hacemos, nunca conseguiremos buenos resultados financieros o económicos, que, por supuesto, favorecen los resultados sanitarios. Si no se llevan a cabo estas medidas, el potencial de los servicios se minimiza constantemente, lo que pone en peligro su continuidad. Hemos visto servicios que han ido disminuyendo progresivamente hasta quedar prácticamente inoperativos, sin atraer pacientes.

Agustín Albillos

Tomando en cuenta lo que has mencionado sobre la equiparación de la dirección y la gestión con los jefes de servicio, ¿realmente crees que los jefes de servicio tienen las herramientas necesarias en el sistema público para orientar estratégicamente sus servicios? Entiendo que lo has afirmado, pero no estoy seguro hasta qué punto esto es posible en la práctica.

José Soto

Quien no consiga involucrar a los jefes de servicio en las estrategias, e incluso desarrollar, aprobar y pactar estrategias comunes de aplicación en el servicio, va a enfrentarse a problemas serios. Si no lo hace, en un año o año y medio tendrá al hospital revuelto o, peor aún, deprimido. Deprimir un hospital es aún más perjudicial.

Javier Crespo

¿Por qué los gerentes no son capaces de elaborar planes estratégicos en los hospitales? Asumiendo que no todos los servicios son iguales, y teniendo en cuenta que existen diferencias en aspectos como la asistencia, la innovación, la investigación y la docencia. Esto significa que hay servicios mejores y peores. ¿Por qué no se premia a los mejores servicios? No digo que se deba castigar a los menos buenos, pero sí premiar a los destacados. ¿Por qué no se hace esto nunca? No conozco ningún ejemplo. Bueno, en mi hospital no funcionaba.

José Soto

Voy a hablaros brevemente de una experiencia que se inició en el Clínic de Barcelona: la creación de institutos. En el Hospital Clínico San Carlos, casi el 80% de la actividad, hasta hace un año y medio cuando me fui, era contratada por la gerencia directamente con los jefes de servicio. Estos jefes lideraban estructuras que, posteriormente, se denominaron institutos, como el Instituto del Corazón o el Área de Neurociencias, entre otros. Incluso hubo servicios de aparato digestivo que, aunque no se asociaron formalmente a estos institutos, participaron en la iniciativa. Estas organizaciones funcionaban casi como unidades empresariales, con objetivos específicos, recursos pactados y evaluaciones continuas.

Sin embargo, debo destacar que, lamentablemente, esto se suele percibir como una debilidad de los gerentes que lo promueven.

Silvia Morales

Corrígeme si me equivoco, pero respecto a lo que se ha hablado sobre las diferencias entre la sanidad privada y la pública, así como sobre la valoración de los servicios de mayor y menor valor dentro del hospital, creo que uno de los problemas más importantes es la capacidad de medir los indicadores de cada servicio. En algunos hospitales, puede haber una gestión sanitaria muy potente que mide excelentes indicadores para cada servicio, pero en otros, por ejemplo, en los servicios digestivos, solo se mide la cantidad de endoscopias realizadas. Esto marca una diferencia con la sanidad privada, donde se utilizan otros indicadores que otorgan distintas capacidades a cada servicio. No sé qué opinas al respecto. Nosotros, en La Candelaria, experimentamos algo similar. Ese fue uno de los problemas más importantes que enfrentamos, y gracias al apoyo en gestión sanitaria logramos demostrar nuestro trabajo, porque parecía que no estábamos haciendo lo suficiente.

José Soto

En La Candelaria conocí a la última gerente que estuvo allí, porque mi director de gestión, tras 29 años en el cargo, se fue a trabajar con ella. Me parece que lo que comentabas sobre los datos y resultados es muy relevante. Si no utilizamos y comparamos los datos, es porque no queremos, ya que hoy en día existen todos los desarrollos necesarios para hacerlo. Con el impulso de la inteligencia artificial, la transformación digital y los bancos de datos, tenemos todas las herramientas a nuestra disposición. Si no se hace, probablemente sea porque no queremos enfrentar posibles repercusiones, ya que puede que a los gerentes superiores no les guste. Y si a ellos no les gusta y tú lo haces, te pueden cuestionar, pedir que dejes de hacerlo y que esperes a que ellos te proporcionen la información. Eso, sinceramente, es una pena.

Silvia Morales

Datos que surgen de los servicios y que para los jefes es muy difícil demostrar lo que están haciendo porque dentro de la gestión sanitaria no tienen capacidad de hacerlo.

José Soto

Insisto, si no lo hacemos es porque no queremos. Si logramos reunir la información que tenemos, no dependeremos completamente del gerente, quien nos seguirá proporcionando la misma información estándar de siempre, la misma de hace 30 años. Sin embargo, podríamos dar un giro espectacular a la forma en que manejamos la información. Esta es otra de las diferencias entre la sanidad privada y la pública.

La adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos desde la perspectiva de los jefes de servicio de aparato digestivo.

María Dolores Martín Arranz

Jefa del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

RESUMEN

La ponencia aborda la adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo desde la perspectiva de los jefes de servicio. Partiendo de la constatación de que la adecuación de plantillas es una preocupación mayoritaria entre los responsables de servicio, se analiza la situación actual de los recursos humanos, los retos principales y las posibles líneas de mejora.

La exposición destaca que, a pesar de las diferencias entre hospitales y comunidades autónomas, los problemas en la adecuación de plantillas son comunes, reflejando la existencia de retos compartidos que requieren respuestas coordinadas. La demanda asistencial en aparato digestivo ha experimentado un aumento significativo, impulsado por el envejecimiento poblacional, la cronicidad, el incremento de la complejidad clínica y el auge de la endoscopia terapéutica, lo que ha generado una presión creciente sobre los servicios.

El análisis muestra que, aunque el número de especialistas no es bajo en comparación con otras especialidades médicas, existen retos relacionados con la distribución territorial, la necesidad de relevo generacional y la eficiencia en el uso del tiempo médico. La sobrecarga administrativa, la fragmentación entre las funciones asistenciales, docentes e investigadoras, y la rigidez organizativa se identifican como factores que limitan la eficiencia y afectan al desempeño profesional.

Se presentan diversas propuestas para afrontar estos retos. Se destaca la importancia de mejorar la estabilidad laboral, optimizar la gestión de los contratos, fomentar la retención de especialistas en áreas de difícil cobertura y promover la investigación en servicios sanitarios. Asimismo, se subraya la necesidad de impulsar la telemedicina, desarrollar protocolos estandarizados y fomentar la innovación en la gestión del tiempo médico, incluyendo el uso de herramientas de inteligencia artificial y la redefinición de roles dentro de equipos multidisciplinares.

La presentación también plantea la necesidad de articular redes de investigación, registro, evaluación y aprendizaje comparativo entre los servicios, iniciativa que cuenta con un amplio respaldo entre los participantes de la jornada. Finalmente, se enfatiza la importancia de promover una cultura de evaluación del rendimiento vinculada a sistemas de incentivos justos, así como el impulso de proyectos de calidad y certificación en los servicios de aparato digestivo.

En conjunto, la ponencia constituye una llamada a abordar de forma estratégica y coordinada la adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos, para asegurar que los servicios de aparato digestivo puedan afrontar con éxito los desafíos asistenciales presentes y futuros.

PONENCIA

Agradezco a los coordinadores y al coordinador general por invitarme a participar.

La intención es fomentar el debate entre todos. Mi objetivo es repasar los problemas y retos que se identificaron en el grupo inicial, los que habéis votado en REDCap y los comentarios que habéis aportado en el blog, para luego generar una discusión enriquecedora de la que podamos extraer conclusiones.

Una de las cosas que me resultó positiva, ya que llevo relativamente poco en el cargo, un poco más de un año y medio como responsable del servicio, es que al revisar los retos y problemas planteados, comprobé que los desafíos que enfrentaba —que mi jefe anterior me había transmitido y que yo misma estaba experimentando en este primer año de responsabilidad— eran compartidos por profesionales mucho más veteranos que yo, quienes llevan más de 10 años luchando en sus servicios por los mismos temas.

Al final, muchas de estas cuestiones son compartidas, a pesar de las grandes diferencias entre nuestros hospitales y las distintas comunidades autónomas en España. Esto demuestra que, juntos, podemos intentar buscar soluciones, ya que enfrentamos problemas similares, aunque luego el diálogo con nuestras direcciones deba ser individual.

En esta presentación, como se mencionó anteriormente, vamos a hablar sobre la adecuación y gestión eficiente de los recursos desde nuestro punto de vista. ¿Por qué tratamos este tema? Porque, de todas las preguntas que se plantearon en la encuesta previa a esta jornada, la adecuación obtuvo una valoración de 4.75 sobre 5, lo que indica que es una preocupación común y muy relevante para todos.

Nos preocupa profundamente si realmente contamos con los Recursos Humanos necesarios y cómo gestionarlos de manera eficiente dentro de nuestros servicios.

Cuando planteamos la pregunta sobre si las plantillas actuales eran insuficientes para atender la demanda asistencial, todos coincidimos en que era una cuestión muy pertinente, obteniendo una valoración de 4.5 sobre 5. Esto no significa que necesariamente consideráramos que las plantillas eran insuficientes, sino que era importante abordar esta cuestión.

Posteriormente, surgieron otros aspectos a considerar: si nuestros especialistas son los más adecuados para desempeñar las tareas asignadas, si las funciones de nuestras especialidades están bien definidas o si es necesaria una mayor multidisciplinariedad en el manejo de los pacientes. No obstante, como tema fundamental, vamos a centrarnos en las plantillas.

En cuanto al análisis y la necesidad de evaluar los Recursos Humanos en nuestra especialidad, también se obtuvo una puntuación alta, de 4.5. Además, surgió otro ítem relevante: la innovación en la gestión de las funciones y el tiempo de desempeño. No se trata solo de cuántos especialistas tenemos, sino de cómo emplean su jornada laboral y si realmente somos eficientes en ese tiempo o si estamos dedicando nuestra actividad a tareas que no aportan el valor esperado.

Este aspecto, al menos a mí, me resulta muy llamativo. Si comparamos con otros países, la función del médico es, en muchos casos, muy diferente a la que manejamos aquí. Esto es especialmente evidente cuando se trata de subespecialistas o profesionales con un alto nivel

de experiencia, que trabajan de una manera muy distinta a como lo hacemos en la mayoría de los servicios que conozco en España.

¿Y cuál es el problema que planteamos? Plantillas insuficientes e inadecuadas para nuestra demanda asistencial. El reto es, por tanto, lograr la adecuación de las plantillas. No es un desafío que dependa exclusivamente de nosotros, ya que es algo que debe ser gestionado a nivel superior: nuestras direcciones deben solicitarlo, y estas, a su vez, deben trasladarlo a la Consejería. Si bien la solución de contar con más personal no está en nuestras manos, sí es nuestra responsabilidad valorar y determinar qué necesitamos.

En cuanto a la innovación en la gestión de funciones, como mencionamos antes, existe una ineficiencia en el uso del tiempo médico, ya que dedicamos parte de nuestra jornada a tareas que no corresponden a nuestra labor. No sé hasta qué punto esto ocurre en vuestros hospitales, pero en el nuestro es cada vez más común, debido a la reducción de personal de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores. Nos suelen presentar la contratación de médicos como una mejor opción que la de auxiliares, pero en mi caso, por ejemplo, me encuentro cambiando el papel de la impresora o preparando las camillas, lo cual es un uso ineficiente y costoso del tiempo de un especialista médico. Quizás hemos asumido funciones que no nos corresponden.

Por lo tanto, los objetivos de nuestra ponencia son evaluar la suficiencia de las plantillas actuales, revisando algunos estudios que analizan este aspecto, y proponer medidas innovadoras para la gestión del tiempo de desempeño médico.

Y ahora vamos a votar la primera de las preguntas interactivas preparadas para esta presentación. La cuestión se centra en el segundo problema más importante priorizado por los investigadores de INNOVA en los servicios de aparato digestivo en España: plantillas insuficientes e inadecuadas para la demanda asistencial. La cuestión es si realmente consideramos que las plantillas actuales son insuficientes para atender dicha demanda.

Las posibles respuestas son: sí, no, o no tengo una opinión formada.

Como podéis observar, la votación refleja que la mayoría, con un 79%, considera que las plantillas son insuficientes para atender la demanda actual de los servicios de digestivo. Un 12% de los participantes opina que las plantillas son adecuadas, mientras que un 9% indica no tener una opinión formada.

Efectivamente, cuando realizamos la encuesta en INNOVA, se constató que la relevancia de contar con plantillas insuficientes era muy alta. Por lo tanto, debemos determinar si esto se debe a un déficit real de personal médico o si existen disfunciones que provocan ineficiencias en el trabajo de los médicos.

¿Entonces, qué aspectos podemos analizar aquí o tener en cuenta? La demanda asistencial en el área de aparato digestivo ha aumentado. No solo estamos enfrentando un envejecimiento de la población, sino también un incremento en las enfermedades crónicas. La prevalencia de nuestras patologías es alta, y se observa un aumento en la incidencia de cáncer.

Es fundamental desarrollar estrategias de prevención y diagnóstico temprano, lo cual requiere recursos. Ha habido un incremento en la complejidad de los casos, o quizás no es que los casos sean más complejos, sino que ahora somos capaces de abordarlos,

realizando intervenciones que antes probablemente no hacíamos. Obviamente, somos un servicio central en endoscopia y, en algunos hospitales, como el mío, también en ecografía.

Las intervenciones endoscópicas han ido ganando terreno a los cirujanos en el manejo de muchas patologías, gracias al auge de la endoscopia terapéutica. Además, es importante destacar que hay unas expectativas inadecuadas por parte de la población en cuanto a la demanda sanitaria, con una baja corresponsabilidad. Esto es un punto debatible, pero bastante evidente.

En cuanto a la carga asistencial de la especialidad, en 2023 se estimó que los servicios de digestivo realizaron entre 4 y 4.5 millones de consultas, aproximadamente 300 000 ingresos hospitalarios a nivel nacional y más de un millón de endoscopias digestivas, lo que representa una carga asistencial bastante alta.

Los tiempos medios de espera en 2023 fueron de 60 días para consultas y 90 días para procedimientos como la colonoscopia, basándonos en cifras de media nacional. De hecho, en otra ponencia en la que participamos dentro de la sociedad, se mencionó que digestivo es una de las especialidades con mayor incremento de demanda desde la pandemia. Creo que todos notamos esto: la demanda asistencial para patologías digestivas, síntomas de distensión abdominal y otros, ha crecido de forma mucho más exponencial que en otras especialidades.

¿Y cuál es nuestra dotación? Según un reciente informe (1), en el Sistema Nacional de Salud trabajan 2731 especialistas en aparato digestivo, lo que representa un 1.82% del total de especialistas, con una ratio de 5.8 por cada 100,000 habitantes. Del total de especialistas, un 58.5% son mujeres, y aproximadamente un 30% se encuentra en la franja de edad de 50 a 65 años, con un 9.7% en la franja de 60 a 65 años, lo que implica que en los próximos años tendremos que enfrentar un relevo generacional.

Si incluimos el empleo en la sanidad privada, la ratio conjunta es de 6.9 especialistas por cada 100 000 habitantes. Un 17% adicional de especialistas trabaja en el sector privado, aunque el 85% de ellos está contratado a tiempo parcial. Como muchos sabéis, a menudo trabajamos tanto en la sanidad pública como en la privada, y en este último caso, no siempre se trata de especialistas a tiempo completo.

Si nos comparamos con otras especialidades, después de Medicina Interna, que evidentemente tiene el mayor número de especialistas, y Cardiología, somos la tercera especialidad en ratio de especialistas por cada 100 000 habitantes dentro del área médica (figura 1).

Dotación de personal en aparato digestivo: comparación con otras especialidades

Especialidad	Ratio x 100 000 habitantes	
	Empleo público (SNS)	Empleo público + prvado
Medicina interna	11,49	13,5
Cardiología	6,41	7,4
Aparato Digestivo	**5,80**	**6,9**
Neurología	4,60	5,6
Neumología	4,22	5,1
Hematología y hemoterapia	4,31	4,9
Oncología médica	3,55	4,4
Nefrología	3,14	4,2
Endocrinología y nutrición	2,80	3,5
Reumatología:	2,19	2,9

Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035. Las Palmas de Gran Canaria: EcoSalud. Universidad de la Palmas de Gran Canaria; 2024.

Figura 1. Ratio de personal médico x 100 000 habitantes de diferentes especialidades en España. Fuente: Barber et al. (1).

¿Existe mucho desequilibrio entre las distintas comunidades autónomas? Según este informe, la variabilidad en la especialidad de aparato digestivo es del 21.4% a nivel nacional. La conclusión del informe es que nos encontramos en el grupo de baja variabilidad, ya que está por debajo del 30%. Sin embargo, estamos por encima del promedio de la atención hospitalaria en su conjunto.

Independientemente de nuestra posición en este informe, deberíamos reflexionar sobre si un 21.4% de variabilidad es realmente bajo. Puede ser bajo en comparación con otros, pero, en mi opinión, sigue siendo una cifra significativa y relevante. Otra cuestión es que otras especialidades presenten aún más variabilidad. Además, hay desigualdades atribuibles a los hospitales, un aspecto que no se contempla en este informe de carácter general.

Para que podamos debatir sobre esto más adelante, es evidente que nuestra especialidad enfrenta una carga asistencial creciente y significativa en comparación con otras especialidades del área médica. Sin embargo, la ratio de médicos especialistas por cada 100 000 habitantes no es demasiado baja en comparación con otras especialidades. El desequilibrio territorial no parece ser particularmente relevante, al menos según este informe.

Es importante considerar los incrementos en áreas específicas, como la endoscopia, y se requieren políticas que optimicen el equilibrio entre la demanda asistencial y los recursos disponibles, con el objetivo de maximizar la eficiencia en nuestro trabajo.

¿Qué posibles propuestas existen para mejorar este equilibrio? Una opción siempre considerada es el incremento de plazas MIR, es decir, aumentar el número de especialistas en aparato digestivo que somos capaces de formar. Actualmente, la ratio, incluyendo el sistema privado, es de 6.9 por cada 100 000 habitantes. El modelo de oferta y demanda

proyecta un aumento de esta ratio a 8.2 para 2029 y hasta 9.8 en 2035 por cada 100 000 habitantes. Sin embargo, a partir de ese punto, parece que entraremos en un superávit moderado con la formación actual de especialistas, estimándose un superávit de aproximadamente el 110% dentro de cinco años.

De hecho, nuestra especialidad es una de las más demandadas en el corto plazo, pero luego se estabiliza y, en teoría, comienza a haber un exceso de especialistas. Por lo tanto, el informe sugiere que no se deben aumentar las plazas de formación de especialistas a medio y largo plazo, a pesar de que ahora estemos experimentando un incremento en la demanda asistencial.

Por lo tanto, después de revisar los datos de este informe, volvemos a plantearnos si las plantillas actuales son insuficientes para atender la demanda asistencial. La pregunta se refiere al presente, no a lo que ocurrirá dentro de 10 años.

Bueno, esta respuesta tampoco me sorprende demasiado. Como podéis observar en los resultados, el 77% de los participantes considera que las plantillas actuales son insuficientes para atender la demanda asistencial. Un 16% opina que las plantillas son suficientes y un 6% no tiene una opinión formada al respecto. Creo que la mayoría compartimos la sensación de que en este momento nos falta personal. Quizás la solución no sea formar más especialistas para dentro de 10 años, sino contratar y cubrir las bajas ahora. Es difícil no pensar que necesitamos más plantilla en la actualidad.

¿Cuáles son las posibles propuestas para mejorar este desequilibrio? Por un lado, el Grupo sugirió mejorar la planificación y gestión de los contratos, solicitando una mayor estabilidad en las plantillas y reduciendo la dependencia del personal temporal mediante la implementación de contratos más estables. Otra propuesta es la retención de especialistas en áreas con mayor necesidad y de difícil cobertura. En Madrid, por ejemplo, se ha intentado implementar un plan de retención en Atención Primaria en lugares donde es más complicado cubrir las plazas. Esta medida puede ser considerada equitativa o no, dependiendo de la perspectiva.

Además, es importante fomentar la investigación dentro de la especialidad y en los servicios sanitarios, recopilando más datos y realizando estudios sobre la carga de trabajo y las ratios de personal. Compararnos entre hospitales podría ser una herramienta valiosa para ayudarnos a mejorar nuestras propias prácticas.

Y, como otras herramientas, sabéis que en el Grupo de Gestión y Calidad de la sociedad (2) hay varias iniciativas en marcha en este sentido. Desde el punto de vista de la formación, actualmente contamos con dos programas: INNOVA (3) y GESTIONA (4), en los que muchos de vosotros, incluyéndome a mí, participamos.

También disponemos de algunas herramientas en la página web de la SEPD, como la cartera de servicios diseñada para toda la especialidad (5), que incluye los tiempos medios de atención (6), con sus ventajas y desventajas, ya debatidas previamente. Estos tiempos medios estándares pueden ser útiles como referencia. Además, contamos con algunos indicadores y con la plataforma EFIC_AD (7). Aprovecho para insistir en la importancia de introducir datos en EFIC_AD, ya que sin ellos no podemos hacer *benchmarking* ni comparar entre hospitales.

Es cierto que se ha hecho un esfuerzo en este aspecto, y hemos simplificado el proceso para introducir datos, aunque sigue siendo necesario dedicar tiempo a ello. Os animo a que sigáis registrando datos para que podamos darle un impulso este año y contar con más información.

Desde el área de calidad, también se están implementando certificaciones para los servicios de digestivo (8); actualmente ya hay dos servicios certificados. Además, se está promoviendo la valoración periódica de la colegiación y la recertificación como formas de incentivar la calidad de nuestra atención (9).

Y aquí surge una nueva pregunta que, a menudo, representa un reto: ¿deberíamos articularnos como jefes de servicio y, por extensión, incluir a nuestros servicios en una red de investigación, registro, evaluación y aprendizaje comparativo en todos los temas que nos afectan, ya sea en el ámbito asistencial, docente o investigador?

Las posibles respuestas son, igual que antes: sí, no, o no tengo una opinión formada.

Bueno, aquí parece que la gran mayoría, un 88%, está de acuerdo en que deberíamos articularnos en una red como jefes de servicio y, por extensión, incluir a nuestros servicios en una estructura de investigación, registro, evaluación y aprendizaje comparativo. Nadie ha votado en contra, y un 12% indica que no tiene una opinión formada al respecto. Es cierto que todo esto requiere tiempo y dedicación, pero es alentador ver que, en general, todos compartimos esta visión.

Pero, personalicemos. ¿Estaría usted dispuesto a incorporarse a esa red y promover la participación de sus servicios? Es decir, ¿nos implicaremos de verdad en esto para que no quede en una entelequia? ¿Vamos a hacerlo y dedicar tiempo a ello?

Las posibles respuestas son: sí, no, o depende.

En este caso, observamos que el 'sí' sigue siendo la opción mayoritaria, con un 58% de los votos, lo que muestra que la mayoría estaría dispuesta a incorporarse a la red y promover la participación de sus servicios. Sin embargo, la opción 'depende' ha ganado bastante peso, alcanzando un 39%, lo que refleja que muchos consideran que la decisión final dependería de ciertos factores y condiciones. Solo un 3% ha optado por el 'no', lo que indica que, aunque existe disposición, también hay un reconocimiento de las dificultades que implicaría este compromiso.

En cuanto a la innovación en la gestión del tiempo, es evidente que nuestro desempeño profesional puede volverse ineficiente cuando dedicamos tiempo a tareas que no están directamente relacionadas con la atención médica de los pacientes, como las funciones administrativas. Todos notamos la inadecuación de los sistemas de información y registros sanitarios, ya que sin datos no podemos medir ni evaluar adecuadamente. Sin embargo, la recogida de datos requiere tiempo, lo que añade una capa de complejidad al proceso.

Además, enfrentamos dificultades para acceder al conocimiento necesario en nuestro trabajo clínico, así como una excesiva burocracia al relacionarnos con otros servicios y al realizar solicitudes, lo que consume una parte considerable de nuestro tiempo. Por lo tanto, este es un campo en el que podemos considerar la implementación de medidas de innovación que contribuyan a una gestión más eficiente del tiempo.

¿Y cuáles son los desafíos? Pues, en parte, es una repetición de lo mismo: la sobrecarga administrativa. Esta cuestión apareció varias veces en el blog y otros espacios de discusión. No es solo una sensación; realmente empleamos mucho tiempo en tareas administrativas.

La fragmentación también es un desafío. Casi todos nos volcamos en la asistencia, y los tiempos dedicados a la docencia e investigación quedan muy bien en el papel, pero en la práctica cada uno los realiza en casa o busca la forma de integrarlos, lo cual no es sencillo. Además, una excesiva rigidez en la organización del trabajo puede dificultar la identificación y el aprovechamiento del talento de ciertas personas para potenciar sus habilidades en áreas específicas o para redistribuir personal y atender picos de actividad en momentos concretos.

Esta rigidez organizativa, en muchos casos, nos encorseta y dificulta la movilización y la adaptabilidad.

¿Qué propuestas se fueron incluyendo?

En primer lugar, parece que, si no se habla de inteligencia artificial hoy en día, no se tiene ninguna propuesta relevante. La implantación de sistemas de inteligencia artificial que nos ayuden con tareas administrativas, programación y demás es una evidencia que nos beneficiará en el futuro. Sin embargo, como hay una ponencia prevista sobre este tema en la segunda jornada, no voy a profundizar en ello ahora.

Otra propuesta es la redefinición de roles y la delegación de funciones, promoviendo equipos multidisciplinares y dando mayor protagonismo a la enfermería de práctica avanzada, que puede ser de gran ayuda en áreas específicas del servicio. También se destacan las enfermeras gestoras de casos y una delegación inteligente de tareas, lo cual permitiría que muchas de las funciones que actualmente realizamos nosotros se puedan redistribuir, liberando tiempo para dedicarnos a otras actividades.

Este tema, junto con otros aspectos relacionados, se abordará en las siguientes ponencias.

Favorecer la telemedicina. Planteo esto como una pregunta para el debate: ¿está resultando fácil implementar la telemedicina en vuestros servicios? La telemedicina implica un cambio en el modelo de atención tanto para el paciente como para el facultativo. En la Consejería de Madrid, nos establecieron como objetivo que más del 40% de las consultas sucesivas fueran en formato de atención remota, ya sea telefónica, videollamada u otros métodos.

Sin embargo, he notado que muchos facultativos no se sienten cómodos con este cambio. Se plantean excusas como que el paciente mayor no entiende cómo usar el teléfono o que no se adaptará al formato. Pero no solo es el paciente quien presenta resistencia, sino también el propio médico. Para algunos, la telemedicina se está convirtiendo en una barrera; al menos, esa es la experiencia que he observado, y me gustaría saber si vosotros la compartís.

Además, se deben desarrollar protocolos estandarizados y listas de verificación. Estos ayudan a reducir el tiempo de atención al seguir procesos claros y protocolizados, y también hacen que la atención sea más homogénea y disminuyan los errores por omisión. La formación continua y la mejora de competencias son esenciales para capacitar a los profesionales en gestión del tiempo y eficiencia operativa, así como para fomentar prácticas innovadoras en la atención clínica.

Por último, es importante promover una cultura de evaluación del rendimiento y de compensación. En el sistema público, debemos explorar soluciones que permitan incentivar a nuestras plantillas. Debemos considerar cómo motivar a nuestros equipos para que su desempeño no dependa únicamente de la relación con su jefe o de si lo hacen bien o mal, sino de un sistema de incentivos justo y motivador.

Y luego, simplemente, quiero recordaros que en la página web y en el blog de INNOVA, hay información y herramientas orientadas a la optimización y otras áreas que pueden ser consultadas y desarrolladas a lo largo de todo el trabajo del grupo, como es un anexo a esta ponencia sobre herramientas de inteligencia artificial para la optimización de la gestión y eficiencia en los servicios de aparato digestivo.

Ahora vamos a abrir debate en torno a temas como la demanda y carga asistencial, la investigación, si realmente contamos con suficientes especialistas o si es necesario formar a más, la ineficiencia en la gestión del tiempo, y si estáis de acuerdo o no con el uso de herramientas como la inteligencia artificial y otras.

REFERENCIAS

1. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035 [pdf]. Las Palmas de Gran Canaria: EcoSalud. Universidad de la Palmas de Gran Canaria; 2024 [consultado 08 Jun 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf.

2. Gestión y Calidad [Internet]. Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 27 Abr 2025]. Disponible en: https://sepd.es/inicio_gyc.

3. INNOVA Digestivo [Internet]. Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 27 Abr 2025]. Disponible en: https://www.sepd.es/innova-digestivo?_gl=1*43iklo*_ga*MTkwNTY4NTMwOS4xNjk0Mzc4ODYw*_ga_9FCD78G8ZK*MTc0NTc4NDczNS42My4xLjE3NDU3ODUwMzMuMC4wLjA.

4. Gestiona Digestivo - eLearning Digestivo [Internet]. Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 27 Abr 2025]. Disponible en: https://elearningdigestivo.es/gestionadigestivo/.

5. Cartera de servicios SEPD [Internet]. Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 27 Abr 2025]. Disponible en: https://www.sepd.es/proyectos/18.

6. Tiempos de referencia medios para las prestaciones de un Servicio de Aparato Digestivo [Internet]. Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 27 Abr 2025]. Disponible en: https://www.sepd.es/proyectos/37.

7. Proyecto EFIC_AD: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 27 Abr 2025]. Disponible en: https://sepd.es/proyectos/15?_gl=1*gfkj3p*_ga*MTkwNTY4NTMwOS4xNjk0Mzc4ODYw*_ga_9FCD78G8ZK*MTc0NTc4NDczNS42My4xLjE3NDU3ODU4OTkuMC4wLjA.

8. Certificación de Servicios de Aparato Digestivo [Internet]. Sociedad ESpañola de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 27 Abr 2025]. Disponible en: https://sepd.es/estandares-calidad.

9. Recertificación [Internet]. Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 27 Abr 2025]. Disponible en: https://sepd.es/recertificacion.

Debate tras la ponencia "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos desde la perspectiva de los jefes de servicio de aparato digestivo" presentada por María Dolores Martín Arranz.

Participantes:

Fernando Alberca de las Parras. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

María Dolores Martín Arranz. Ponente. Hospital Universitario La Paz, Madrid

Fernando Carballo Álvarez. Coordinador ejecutivo de INNOVA Digestivo.

Agustín Albillos Martínez. Presidente de la SEPD. Coordinador general de INNOVA Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Javier Crespo Martínez. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Cecilio Santander Vaquero. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

Inmaculada Fernández Vázquez. Hospital Universitario 12 de octubre, Madrid.

Frances Bas-Cutrina. Hospital de Granollers.

Conrado Fernández Rodríguez. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Joan Carles Quer Boniquet. Hospital Universitario Juan XXIII, Tarragona.

RESUMEN

El debate de la segunda ponencia marco, moderado por Fernando Alberca y José Luis Calleja, se centró en la cuantificación del tiempo destinado a actividades no asistenciales, como la investigación y la formación, y en cómo la inteligencia artificial podría, en el futuro, facilitar la evaluación de la adecuación de las plantillas. Se puso de relieve que, aunque es posible medir de manera precisa el tiempo de trabajo si se dispone de las herramientas adecuadas, los cambios hacia una gestión eficiente se ven obstaculizados por la rigidez organizativa de las direcciones hospitalarias y la falta de una cultura consolidada del dato.

Los participantes coincidieron en la importancia de que los propios profesionales lideren la recogida y gestión de datos para poder fundamentar adecuadamente la planificación de recursos humanos. Se destacó, además, que las consultas externas constituyen una de las áreas más ineficientes de los servicios, debido a la dificultad de filtrar adecuadamente a los pacientes y evitar derivaciones innecesarias. Se subrayó la necesidad de establecer criterios claros y protocolos que ayuden a optimizar las consultas, haciendo un uso más racional de la atención especializada.

El debate también abordó la distribución territorial desigual de especialistas, evidenciada en estudios como el realizado en Cataluña, y la necesidad de adaptar la oferta formativa a las necesidades reales de cada territorio. Se cuestionaron las previsiones oficiales de superávit de especialistas en aparato digestivo, señalando que la creciente complejidad de la medicina

digestiva, el incremento de técnicas avanzadas y la expansión de programas de cribado hacen prever una demanda asistencial aún mayor en los próximos años.

Se puso de manifiesto la importancia de mejorar la adecuación de las consultas a través de filtros eficaces en atención primaria, la utilización de consultas virtuales y el desarrollo de criterios que delimiten claramente las patologías que deben ser atendidas en el ámbito hospitalario. Asimismo, se enfatizó la necesidad de fomentar la implantación de sistemas de telemedicina y de reforzar la formación continua de los profesionales.

El debate finalizó con la indicación de que durante la segunda jornada se profundizaría en el análisis del acceso, la demanda y la cobertura asistencial en los servicios de aparato digestivo, así como enfatizando en la necesidad urgente de mejorar la especificidad y calidad de los datos en la especialidad para facilitar una planificación y gestión más eficientes.

DEBATE

Fernando Alberca

¿Creéis que podemos llegar a cuantificar de manera precisa el tiempo dedicado a la investigación? Actualmente, no se está cuantificando el tiempo de investigación y formación en los servicios, ni la diferencia entre hospitales con y sin residentes, y cómo esto impacta en la asistencia y en el tiempo disponible. Algún día, la inteligencia artificial deberá asumir la tarea de cuantificar si nuestras plantillas son suficientes en función de las actividades que realizamos, y no solo basándose en la carga asistencial, que es lo que se está midiendo en este momento. Creo que este es uno de los puntos clave de toda esta cuestión.

María Dolores Martín

Creo que sí es posible medir y cuantificar el tiempo de manera adecuada y establecer estándares si contamos con las herramientas necesarias. Una de las cosas que siempre me planteo, y que veo con frecuencia, es que se intenta cambiar un poco el modelo sanitario, hablar de gestión eficiente de los recursos y buscar formas de optimizar. Sin embargo, esto choca con la realidad de lo que, en mi opinión, se ha hecho hasta ahora desde las direcciones. Por ejemplo, solo cuando tienes una lista de espera significativa y no logras controlarla, es cuando te asignan un facultativo adicional. Y piensas: "Perdona, si yo tenía la misma lista de espera y la he gestionado bien, el facultativo debería asignarse a mí para continuar creciendo, porque estoy haciendo una verdadera gestión del personal". En cambio, en otros lugares simplemente dejan que las listas de espera crezcan mientras se ocupan de casos menores, como por ejemplo quistes hepáticos, y ese cambio de enfoque aún no lo veo.

Respecto a los datos, la cultura del dato y su manejo está empezando a integrarse más en la práctica hospitalaria, pero sin datos es imposible una gestión eficiente. Los médicos, en general, estamos poco acostumbrados a considerar los datos como algo importante; lo primordial siempre ha sido la atención al paciente. Sin embargo, el registro adecuado de lo que hacemos, esa cultura de documentar las acciones, sigue siendo un desafío en mi experiencia y un cambio que cuesta implementar.

Fernando Carballo

Creo que una de las cosas positivas que debería salir de aquí es la idea de que tenemos que empezar a movilizarnos y que podemos gestionar nuestros propios datos. Nos llevará tiempo y esfuerzo, pero no podemos esperar que otros lo organicen por nosotros.

Agustín Albillos

La pregunta es: ¿cuál consideráis que es el área más ineficiente de los servicios, dado que en general son bastante similares? Obviamente, todos tenemos nuestras opiniones al respecto. Personalmente, creo que debemos insistir en lo que has mencionado sobre el manejo de los datos: en qué pacientes se realizan revisiones y cómo se gestiona esto. En servicios como endoscopia, por ejemplo, las unidades y secciones están bastante estandarizadas en cuanto al número de pruebas realizadas y otros aspectos. Otra cuestión es la indicación de las pruebas y todo lo relacionado con ello.

Si tuviera que responder a mi propia pregunta, diría que pondría el foco en las consultas. La ineficiencia en las consultas, el tiempo que dedicamos a ellas, lo sencillo que resulta abrir una consulta y lo complicado que es cerrarla, es donde creo que se debe centrar la atención.

María Dolores Martín

Totalmente de acuerdo. Creo que el gran desafío con el que me estoy encontrando y en el que estamos trabajando es la adecuación de las consultas. Dar el alta a un paciente que ya ha llegado a consulta es mucho más complicado que evitar que llegue en primer lugar. Debemos trabajar más en un filtro efectivo que permita que solo los pacientes que realmente necesitan ver a un especialista lleguen a nosotros. No podemos asumir que el médico de primaria va a hacer un mal trabajo por defecto y que yo manejo mejor los casos de reflujo. Es cierto que debo ver los casos de reflujo, pero, una vez establecidas unas pautas, el paciente puede ser manejado desde su casa y atendido nuevamente por el médico de primaria, quien podrá derivarlo de nuevo si los síntomas cambian.

Sin embargo, nuestras consultas están saturadas de pacientes con reflujo recurrente o intestino irritable que, en muchos casos, no tienen síntomas en el momento de la consulta y no necesitan nuestra atención. Es un inconveniente para el paciente tener que pedir permiso en el trabajo y desplazarse al hospital cuando realmente no lo necesita. Creo que en las consultas hay un enorme margen de mejora en cuanto a su adecuación, incluso en mi especialidad, que es inflamatoria. Muchos pacientes podrían ser revisados con menor frecuencia mediante el uso de telemedicina, herramientas de monitorización en casa y pruebas domiciliarias que activen alertas cuando realmente sea necesario que el paciente sea evaluado.

Agustín Albillos

Las listas de verificación utilizadas en las endoscopias son, en gran medida, aplicables a las consultas.

María Dolores Martín

Sí.

Javier Crespo

Mi pregunta es muy similar a la de Agustín Albillos. Se trata de cambiar la carga de la prueba, es decir, debemos enfocarnos en lo que no deberíamos hacer. La responsabilidad recae claramente en nosotros, y también es importante transmitir a la sociedad que no todos los problemas menores, como los gases —con perdón—, son patología digestiva. De hecho, la mayoría de las veces no lo son.

Quisiera compartir una reflexión: comencé a trabajar en las consultas en 1986. La población de Cantabria prácticamente no ha cambiado en 40 años, y, sin embargo, hemos pasado de tener 8 a 26 especialistas en el hospital. Esto es solo una reflexión, porque probablemente la patología no ha cambiado tanto, aunque algunas tecnologías sí hayan avanzado.

Fernando Alberca

Por favor, ¿cuántos de aquí tienen más del 50% de su tiempo dedicado a la actividad asistencial? Es difícil gestionar un servicio si la persona que debe hacerlo dedica más del 50% de su tiempo a ver pacientes. Creo que necesitamos plantearnos esto con frecuencia.

Cecilio Santander

Quisiera ir en la misma línea. Cuatro millones y medio de consultas de gastroenterología es una cifra enorme. Es una cantidad desproporcionada, y un gran porcentaje de estas consultas son inadecuadas. Creo que ese es el foco en el que debemos centrarnos: lo que no debería llegar a nosotros. En este sentido, los ejemplos de cardiología y medicina interna son claros; ellos han elaborado decálogos sobre lo que no deben atender, estableciendo claramente qué casos no deberían ver. Puede que se necesite atender un reflujo ocasional, pero lo normal es que no tengamos que ver todos los casos de reflujo, ya que eso debería ser atendido en los centros de salud. Creo que ahí es donde debemos poner nuestra atención.

Inmaculada Fernández

En mi servicio, el principal foco de atención está en la lista de espera de endoscopias. El problema principal que observamos es la inadecuación de la demanda, que proviene mayoritariamente de atención primaria, aunque también de la especializada e incluso de los cirujanos. Hay una demanda desproporcionada que no se ajusta a las necesidades reales.

Javier, mencionabas que la población no ha cambiado en 40 años, pero la medicina sí lo ha hecho. Cuando empecé a estudiar, el hepatocarcinoma era prácticamente un diagnóstico terminal al que no se le dedicaba más que cuidados paliativos. Ahora, el hepatocarcinoma genera muchas consultas y cada vez más, especialmente con la aparición de nuevas terapias. Así que, aunque la población no haya cambiado, la práctica médica ha evolucionado de forma significativa.

Javier Crespo

Sí, sí, totalmente de acuerdo.

Francesc Bas-Cutrina

Uno de los datos que me sorprende es el informe del Ministerio que señala que, en el futuro, no se necesitarán tantos especialistas en aparato digestivo. Mi pregunta es si en ese informe

se ha tenido en cuenta el anuncio del Ministerio sobre la extensión de la edad de cribado de cáncer de colon a los 75 años. Además, no se trata solo de ese aspecto, sino también de toda la evolución y el auge de la endoscopia avanzada y la disección luminal, entre otras técnicas.

Hasta ahora, algunas de estas intervenciones las realizaban los compañeros de cirugía, pero están pasando a nuestro campo debido a la evolución de la medicina. De hecho, en este sentido, recuerdo las famosas Áreas de Capacitación Específica (ACE). La de hepatología estaba muy avanzada, aunque se paralizó con la troncalidad, pero había una en desarrollo sobre endoscopia avanzada, probablemente pensando en un futuro donde los cirujanos hicieran más endoscopias. Entonces, me pregunto si realmente van a sobrar especialistas en digestivo, considerando toda esta expansión de técnicas y cambios en la práctica de la medicina digestiva.

María Dolores Martín

El informe es bastante genérico y está disponible en la página de INNOVA. Lo que se observa es una diferencia significativa en los próximos años. Para 2035, se prevé un aumento de la ratio de especialistas, pasando de poco más de 5 en el área pública a 9,2. Esto implica que el número de especialistas será suficiente, por lo que no es necesario aumentar mucho las plazas MIR en este momento. A partir de 2035, habremos alcanzado un nivel adecuado de especialistas y ya no será necesario seguir formando muchos más. Sin embargo, la tendencia de crecimiento es clara hasta ese año.

Francesc Bas-Cutrina

A medida que avanzamos, la carga de trabajo aumentará. Hace cinco años, por ejemplo, la realización de ciertas técnicas se limitaba a unas pocas horas, pero ahora ha habido una auténtica explosión en la práctica médica. Esto se puede observar en áreas como la disección, donde se realizan procedimientos cada vez más complejos y avanzados. Este es solo un ejemplo, pero estoy seguro de que hay otras áreas con un crecimiento similar. Es un punto que demuestra cómo la práctica médica sigue evolucionando rápidamente, ¿verdad?

Conrado Fernández

Muy brevemente, en algunos hospitales públicos de Madrid, el índice de consultas sucesivas en comparación con las nuevas se acerca a 9, lo cual es absolutamente inaceptable. Creo que gran parte del atasco en las consultas externas es responsabilidad nuestra, no de la atención primaria. Debemos establecer con urgencia un decálogo sobre qué cosas no debemos hacer y qué deberíamos devolver a la atención primaria.

Joan Carles Quer

Me refiero nuevamente al tema de la necesidad de especialistas y lo enfocaría de otra manera. Este documento tiene una orientación general porque estamos centrándonos en la superespecialización del digestólogo. Sin embargo, es un documento genérico por comunidades y no ha valorado la tasa de especialistas dentro de cada una de ellas.

En un estudio de la Sociedad Catalana, se observó que la tasa de especialistas en Barcelona era prácticamente el doble que en Girona, Lleida y Tarragona. Por lo tanto, hay que tener cuidado y enfocarlo de forma diferente. Es posible que hagan falta especialistas, pero no

centralizados en una sola área, sino distribuidos de manera que se cubran las necesidades de todos los territorios. Creo que es necesario un análisis más detallado.

En cuanto a las consultas, estoy de acuerdo con lo que se ha comentado. Lo importante es regular las entradas. Nosotros, por ejemplo, hemos implementado una consulta virtual universal y solo el 20% de cada 100 consultas pasan a nuestro nivel de atención.

Fernando Carballo

Antes de terminar este debate quiero transmitir tres mensajes.

Primero, en la próxima jornada de INNOVA se dedicará espacio al acceso, la demanda y la cobertura de servicios, por lo que tendremos ocasión de volver a abordar todos los temas relacionados con las consultas y la demanda.

Segundo, habrá más tiempo para debatir hoy. Al finalizar cada una de las dos ponencias que quedan, tendremos pequeños debates, y al final, habrá un espacio adicional para continuar la discusión.

Tercero, sobre la investigación, estoy totalmente de acuerdo con lo comentado. Debemos empezar por mejorar la especificidad de los datos en nuestra especialidad. En relación con lo que estáis mencionando, creo que es un aspecto que otras especialidades ya han trabajado y probablemente merece la pena que nos lo planteemos. Sería beneficioso realizar un estudio más detallado sobre la carga asistencial en nuestra especialidad.

Adecuación profesional al desempeño: incorporación, desarrollo profesional y gestión de la motivación y de la eficiencia.

Ángel Caunedo Álvarez

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

RESUMEN

Esta ponencia abordó tres ejes fundamentales en la adecuación profesional al desempeño: la incorporación de profesionales, el desarrollo profesional continuo (DPC) y la gestión de la motivación para mejorar la eficiencia en los servicios de aparato digestivo.

En cuanto a la incorporación de profesionales, se señalaron como principales problemas la rigidez del proceso de selección en el Sistema Nacional de Salud, que limita la capacidad de adaptación de los servicios a las necesidades reales, y la falta de reconocimiento de habilidades específicas en los baremos de bolsas de trabajo y oposiciones. Asimismo, se analizó la dificultad para retener el talento y atraer profesionales altamente cualificados, subrayando que la estabilidad laboral derivada de la "funcionarización" no garantiza la motivación si no va acompañada de un desarrollo profesional continuo efectivo.

Respecto al desarrollo profesional, se destacó que, pese a su reconocimiento en la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, su implantación ha sido muy irregular en el territorio nacional. La ponencia propuso herramientas como la recertificación periódica de competencias, el impulso de las áreas de capacitación específica y la utilización del examen europeo de la especialidad como instrumentos para garantizar una actualización permanente de conocimientos y habilidades. Asimismo, se subrayó la necesidad de que los profesionales lideren este proceso de acreditación ante la falta de desarrollo institucional del mismo.

En relación con la gestión de la motivación, se remarcó que esta constituye un factor clave para la eficiencia organizativa. Se identificaron como elementos motivadores fundamentales la estabilidad laboral, una remuneración adecuada, el reconocimiento a través de una carrera profesional estructurada y la creación de un ambiente de trabajo positivo. También se apuntó la necesidad de fomentar liderazgos transformadores y de proporcionar formación específica en gestión de la motivación para los jefes de servicio. Entre las barreras existentes se mencionaron la precariedad laboral, la inequidad entre comunidades autónomas y la explotación de la vocación profesional en detrimento de unas condiciones de trabajo adecuadas.

En conjunto, la ponencia subrayó que la adecuación profesional al desempeño exige un enfoque integral que abarque la mejora de los procesos de incorporación, el impulso del desarrollo profesional continuo y la gestión activa de la motivación, como pilares esenciales para fortalecer la eficiencia y la calidad en los servicios sanitarios.

PONENCIA

En primer lugar, quiero agradecer a la organización y a la Sociedad Española por la invitación a participar en este proyecto.

Esta ponencia aborda la adecuación profesional al desempeño, la incorporación y desarrollo profesional, así como la gestión de la motivación y de la eficiencia. En este caso, no estamos hablando de cuántos recursos humanos necesitamos, como en las ponencias anteriores, sino de cómo incorporamos esos recursos, promovemos el desarrollo profesional de los facultativos y gestionamos su motivación para que puedan rendir de la manera más eficiente posible.

En las encuestas previas realizadas dentro del trabajo preparatorio, este tema obtuvo una valoración de 4,67 sobre 5, lo que indica que se considera un asunto muy pertinente para tratar.

Las preguntas relacionadas con este tema, formuladas en la encuesta mencionada, fueron principalmente dos: en primer lugar, si nuestros especialistas son adecuados para el desempeño de sus funciones y si están suficientemente motivados; y, en segundo lugar, si las funciones asignadas a nuestros especialistas son las adecuadas. Ambas preguntas obtuvieron una valoración de adecuación por encima de cuatro.

Así pues, queda claro que es un tema pertinente e importante.

En este trabajo preparatorio se han identificado una serie de problemas y retos (1). En relación con esta ponencia, al igual que en las ponencias anteriores, los problemas priorizados son los dos que aquí se presentan: la falta de autonomía en la gestión de contratos, que fue el problema número cuatro en orden de prioridad, y la captación de talento especializado (figura 1).

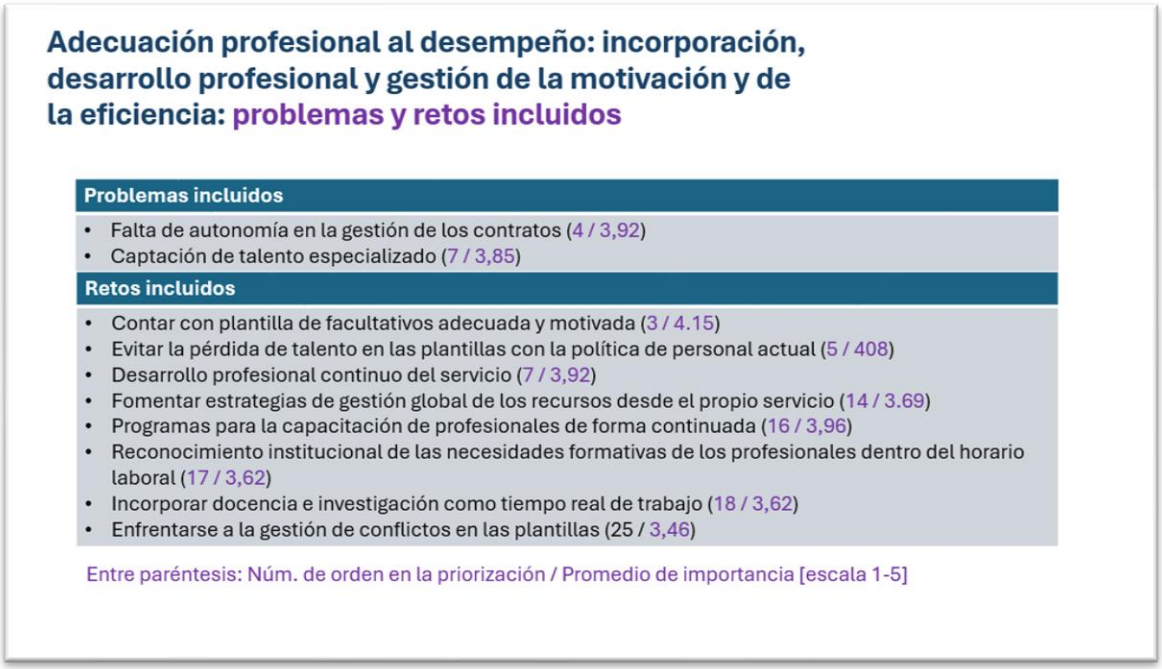

Figura 1. Problemas y retos de los servicios de aparato digestivo identificados en el proyecto INNOVA Digestivo que se aplican en esta ponencia. Fuente: Alberca et al. (1).

Algunos de los retos identificados —vinculados a esta ponencia— también fueron altamente priorizados por los investigadores, como igualmente se observa en la figura 1, siendo los tres primeros de estos diez principales retos: contar con una plantilla de facultativos adecuada y

motivada, evitar la pérdida de talento en las plantillas debido a la política de personal actual y fomentar el desarrollo profesional continuo dentro del servicio.

De acuerdo con esto, la ponencia se articula en tres objetivos principales. En primer lugar, revisar las dificultades relacionadas con la incorporación de nuevos profesionales y la retención del talento, es decir, lograr la mejor selección del candidato adecuado para el puesto que necesitamos cubrir y retener a los especialistas talentosos que ya forman parte de nuestro equipo.

En segundo lugar, abordar todo lo relacionado con el desarrollo profesional y la formación continua, entendida tanto como un derecho como un deber. Esta formación continua garantiza la capacitación para un desempeño profesional adecuado y, algo clave, debe ser plenamente reconocida como una trayectoria objetiva y registrable.

Y en tercer lugar, estudiar los mecanismos para gestionar y fomentar la motivación de los profesionales, con el objetivo de alcanzar una eficiencia óptima en su desempeño.

Vamos a tratar cada uno de estos tres objetivos, empezando por la incorporación de profesionales. Creo que todos estaremos de acuerdo en que una de las principales barreras es el equilibrio entre las necesidades del servicio y las restricciones impuestas por el modelo laboral del Sistema Nacional de Salud.

Existe una gran rigidez y una falta de flexibilidad en los servicios de salud de prácticamente todas las comunidades a la hora de adaptar, de manera ágil, sus procesos de selección y contratación de personal sanitario. Esto afecta tanto a las ofertas públicas de empleo para puestos más estables como a la cobertura de empleos más temporales o eventuales.

El proceso de incorporación en este contexto es riguroso, o al menos bastante riguroso, especialmente en el caso de las OPE. En la bolsa de trabajo, esto podría ser más discutible o debatible. Sin embargo, el proceso siempre es lento y con muy poca flexibilidad.

En este sentido, el informe SESPAS de 2024 (2), que les invito a leer si aún no lo han hecho y que pueden encontrar en el sitio web de INNOVA, aborda el tema de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. Este informe propone romper esta rigidez y flexibilizar el marco normativo para permitir una contratación de profesionales de manera más ágil.

Otro aspecto importante, además de la falta de agilidad en el proceso de incorporación de profesionales, es la dificultad para contar con el personal idóneo para las plazas que se requieren, es decir, el perfil específico de digestivo que necesitamos para cubrir una vacante en particular.

Como todos sabemos, los baremos de las bolsas de trabajo no reconocen estas habilidades específicas; existen bolsas de trabajo para digestivo general, pero no se especifican las áreas concretas en las que a menudo tenemos necesidades muy particulares. Esto no solo sucede en las bolsas de trabajo, sino también en las oposiciones.

En general, y como también se comentó en el debate en la página web, el mérito y el talento no son adecuadamente reconocidos en muchos casos. Al menos, estas competencias específicas que necesitamos para cubrir ciertas plazas no se valoran de manera adecuada.

Además, este tema resulta aún más llamativo si consideramos que ya se abordó hace más de 20 años con la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias (3). Esta ley intentaba dar los primeros pasos para resolver estos problemas, estableciendo áreas de

capacitación específica, diplomas de acreditación y diplomas de acreditación avanzada para reconocer los méritos concretos de los profesionales. Sin embargo, aunque se inició con un marco legal, todos sabemos que no se ha desarrollado de forma efectiva.

En este sentido, la ley incluso detallaba que el área de capacitación específica debería estar reconocida mediante un diploma de carácter oficial con validez en todo el Estado, emitido por el Ministerio de Sanidad. Este diploma habilitaría el uso explícito de la denominación "especialista con capacitación específica" en el área correspondiente.

Asimismo, la ley establece, y diría incluso que exige, que dicho diploma sea valorado como mérito para acceder a puestos de trabajo de alta especialización, abordando así el problema que comentábamos previamente. De igual forma, se reconoce la existencia de diplomas de acreditación específica y de acreditación avanzada, los cuales permiten diferenciar y establecer una distinción curricular entre los distintos facultativos.

El tercer aspecto en cuanto a la incorporación de profesionales se centra en cómo retener el talento, tanto de los residentes que finalizan su formación y aquellos que consideramos excelentes, como en atraer talento externo. El problema sigue siendo la falta de criterios de baremación que permitan considerar estos méritos. Además, como se puso de manifiesto en el reciente debate en la página web, surgen cuestiones más profundas, como la de valorar si es mejor retener a un MIR excelente en su centro de origen o favorecer su movilidad para incorporar profesionales de talento formados en otros lugares, evitando así posibles problemas de endogamia e incluso, en casos extremos, de nepotismo.

Por otra parte, surge la pregunta de cómo retener a ese facultativo excelente que ya tenemos en plantilla, pero que puede tener oportunidades en otro hospital, en la medicina privada o incluso en otro país. La atracción de talento externo y la retención de los mejores profesionales solo serán posibles si se ofrece un ambiente laboral que promueva su desarrollo, algo imposible de alcanzar si se ven forzados a emigrar por la rigidez de una carrera profesional burocratizada y alejada de criterios de mérito y capacidad.

Finalmente, también se plantea una cuestión conceptual: ¿puede la estabilidad derivada de una plaza fija —esa suerte de "funcionarización"— actuar como estímulo motivacional, o más bien convertirse en un factor desmotivador si no se vincula a una carrera profesional con objetivos y desarrollo continuo?

Esto nos lleva al segundo bloque, el del desarrollo profesional y el desarrollo profesional continuo. Este aspecto también estaba contemplado en la Ley 44/2003, pero lamentablemente no ha sido desarrollado en absoluto. Actualmente, no existe una carrera profesional homogénea a nivel nacional; cada comunidad autónoma tiene su propio modelo, y estos varían considerablemente entre sí.

Por ejemplo, en Andalucía, la carrera profesional se concibió inicialmente con un enfoque fuerte en las habilidades del profesional. Sin embargo, debido a la presión de los sindicatos, este peso ha disminuido con el tiempo, dándose más importancia al tiempo trabajado que a las competencias individuales. Desconozco si otras comunidades han tenido experiencias similares, pero la realidad es que no existe una carrera profesional uniforme en el territorio nacional que realmente valore las habilidades y capacidades del facultativo.

En cuanto al desarrollo profesional continuo, se concibe como un conjunto de capacidades formativas orientadas a la actualización, mejora y aplicación del conocimiento, habilidades y

actitudes. Incluye actividades de formación continua, competencias profesionales y de gestión, así como los componentes de lo que se denomina buena práctica clínica. En otras palabras, busca el reconocimiento formal de este desarrollo profesional.

En este sentido, se han propuesto algunas herramientas que también podrían someterse a debate aquí y sobre las que se podría trabajar. Una de ellas es la recertificación. Este modelo, desarrollado por la Federación de Asociaciones Científico Médicas Española (FACME), implica un proceso en dos fases (4).

El primer paso está vinculado a la validación periódica de la colegiación, que actuaría como requisito previo. Posteriormente, el candidato debería certificarse en un mínimo de seis competencias específicas y una competencia transversal, presentando documentación que acredite sus conocimientos, habilidades, actitudes y otros méritos curriculares.

En este sentido, el informe de SESPAS de 2024 (2), al que hacía referencia, destaca la importancia del desarrollo profesional continuo como un elemento esencial para asegurar que los profesionales sanitarios estén preparados para afrontar los desafíos y avances constantes en su área.

El informe sugiere herramientas como la recertificación, que debería alinearse con los progresos en tecnología, terapias y metodologías de tratamiento. Asimismo, señala que las instituciones deben ofrecer mayor apoyo para que los profesionales no solo mantengan su capacitación, sino que puedan adaptarse eficazmente a un entorno en constante evolución.

Otro instrumento propuesto es el examen europeo de la especialidad. Se trata de una evaluación plenamente validada de conocimientos en gastroenterología y hepatología, promovida por sociedades de gastroenterología británicas. Este examen se basa en un programa de formación previamente diseñado conocido como el *Blue Book*. Podría constituir una herramienta adicional de acreditación o certificación en nuestra especialidad.

En este sentido, creo que podemos detenernos aquí y plantearnos algunas preguntas, en el formato interactivo que ya se ha usado en la anterior ponencia. La primera que les propongo es la siguiente: ante la ausencia de un desarrollo formal de perfiles competenciales y de un marco de desarrollo profesional en el Sistema Nacional de Salud, ¿es el momento de que seamos nosotros, los profesionales, quienes lideremos este proceso? La pregunta es si, dado que el Sistema Nacional de Salud no ha implementado, ni parece que vaya a implementar, un desarrollo formal de acreditación y perfiles competenciales, deberíamos ser las sociedades científicas, con el respaldo de los jefes de servicio, quienes impulsemos este camino.

Bien, una mayoría (67 %) han respondido sí y solo un 7 % no, aunque hay un 27 % que no tienen una opinión formada; lo que sugiere que merece la pena avanzar en esta línea, aunque evolutivamente deba concretarse la idea de una manera más precisa.

Durante el debate previo a esta jornada se propusieron varias posibilidades. Una de ellas, que les dejo aquí para su consideración, es la de establecer un modelo de certificación de excelencia voluntaria al final de la residencia, similar al ECOE que se realiza en la facultad, es decir, un examen clínico objetivo estructurado. Este examen, junto con otros criterios relacionados con la trayectoria formativa, permitiría evaluar y establecer las competencias y habilidades del residente al finalizar su formación, y ofrecer un criterio adicional de diferenciación.

Otras propuestas incluyeron impulsar la recertificación, insistir ante la administración sanitaria en el desarrollo de normativa sobre áreas de capacitación específica, iniciar procesos de certificación de competencias específicas en dichas áreas, y promover el mencionado certificado europeo.

Y, por último, el tercer bloque estaría dedicado a la gestión de la motivación. Durante el debate, surgieron numerosas opiniones sobre este tema, algunas de las cuales comparto aquí como ejemplos.

Se mencionó que la motivación del profesional puede beneficiarse de varios factores, tales como fomentar la capacitación constante, ofrecer oportunidades de crecimiento, y crear un entorno de trabajo favorable. La propia eficiencia en el desempeño contribuye a una retroalimentación positiva, que a su vez alimenta la motivación. También se destacó la importancia de una cultura organizacional que cuantifique y valore el esfuerzo del profesional, así como de promover la formación continua y realizar evaluaciones periódicas que proporcionen retroalimentación sobre las habilidades.

En resumen, se propusieron varias herramientas y estrategias que podrían ayudar a gestionar y fortalecer la motivación de los profesionales, creando un ambiente que impulse tanto el crecimiento personal como la eficiencia en el desempeño.

También se han mencionado las barreras y dificultades que afectan a la gestión de la motivación. Una reflexión valiosa que se planteó es que la vocación de la mayoría de los facultativos hacia su profesión y su dedicación a los pacientes, así como el reconocimiento que experimentan cuando el paciente mejora, a veces ha sido utilizada de forma que genera relaciones tóxicas con la administración, que puede llegar a aprovecharse de esta vocación.

Además, se señalaron otras barreras significativas para la gestión de la motivación, tales como las condiciones laborales, la inequidad entre comunidades autónomas y la precariedad laboral.

Todo esto sin abordar otro tema apasionante, como se indica aquí, que es la investigación y la docencia. No solo son aspectos fundamentales e imprescindibles en cualquier servicio, sino que, además, sabemos que para muchos de nuestros profesionales representan una fuente importante de motivación. Sin embargo, debido a la dificultad y la complejidad que implica este asunto, probablemente sea un tema que debamos dejar para otra ocasión.

El informe SEPAS (2), al que me refería antes, aborda estos aspectos y menciona que, además de los incentivos económicos para la motivación, es importante contar con un ambiente laboral positivo, motivador, que permita flexibilidad y autonomía en la gestión de equipos. También propone una serie de herramientas que se detallan un poco más adelante.

A título personal, concibo la gestión de la motivación como una pirámide, en la que la estabilidad laboral constituye la base fundamental (figura 2). Esto implica trabajar en la duración de los contratos y en la frecuencia con la que se convocan oposiciones. El siguiente nivel sería la remuneración económica, tanto en sueldos como en complementos, y la equidad en relación con otros países e incluso dentro del mismo territorio nacional.

Figura 2. Pirámide de la gestión de la motivación y eficiencia de los recursos humanos en el contexto de los servicios asistenciales. Fuente: Caunedo A. (aportación personal).

En un nivel superior, está el reconocimiento profesional y su relación con una carrera profesional, tal como comentamos antes.

Asimismo, pueden aplicarse estrategias más específicas y de ámbito local, como fomentar una comunicación abierta y efectiva, reconocer el esfuerzo y los logros de los profesionales, promover el trabajo en equipo, brindar oportunidades de desarrollo y crecimiento profesional, y establecer un liderazgo inspirador y transformador.

Cabe destacar que la gestión de la motivación tiene un impacto considerable en la eficiencia del servicio: un equipo profesional motivado es, sin duda, un equipo más eficiente.

Llegados a este punto, planteamos la segunda y última pregunta interactiva: considerando que, como hemos mencionado, la motivación es un factor crucial y que probablemente los jefes de servicio no hemos recibido una formación específica en esta área, ¿deberíamos trabajar este aspecto? ¿Deberíamos articular o demandar una formación específica para los jefes de sección y los jefes de servicio en la gestión de la motivación de los profesionales?

Aquí, observamos un respaldo abrumador para la idea de que los jefes de servicio deberían recibir formación específica en la gestión de la motivación de sus equipos, comenzando por su propia capacitación en esta área. Con un 96% de votos a favor, queda claro que esta necesidad es ampliamente reconocida entre los presentes. Solo un 4% no tiene una opinión formada, y ningún participante ha votado en contra. Esta respuesta subraya la importancia de una formación estructurada en liderazgo motivacional dentro de los equipos de salud.

Para concluir, destacaré dos puntos fundamentales. En primer lugar, la adecuación profesional al desempeño es un proceso integral que abarca la incorporación, el desarrollo continuo y la gestión de la motivación de los profesionales en los servicios. Estos tres pilares son esenciales para garantizar que los servicios puedan ofrecer una atención de alta calidad

y, al mismo tiempo, responder de manera efectiva a los cambios y desafíos del sistema de salud.

En el turno de debate, que será conjunto para las dos presentaciones finales de esta jornada, cabe plantearse temas como la retención del residente excelente y, en general, del profesional destacado; una ECOE, áreas de capacitación específica, recertificación, carrera profesional, formación y liderazgo, etc.

REFERENCIAS

1. Alberca de las Parras F, Albillos Martínez A, Bas-Cutrina F, Caunedo Álvarez Á, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, et al. Identificación y priorización de problemas y retos en los servicios de aparato digestivo españoles desde la perspectiva de sus responsables como base estratégica para su desarrollo [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 24 May 2025]. Disponible en: https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/PROBLEMAS%20Y%20RETOS.pdf.

2. Ortún V, Negrín MA, (Eds.). Informe SESPAS 2024: Recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. Gaceta Sanitaria. 2024;38(Supl. 1).

3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 280, de 22 de noviembre de 2003. https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44.

4. Modelo de recertificación de las Sociedades Científico-Médicas de España. FACME [pdf]. Madrid: Federación de Asociaciones Científico-Medicas Españolas (FACME); 2022 [consultado 06 Sep 2024]. Disponible en: https://facme.es/2022/04/17/modelo-de-recertificacion-para-las-sscc/.

Los recursos humanos en la gestión de procesos de alta frecuencia y/o complejidad

Miguel Jiménez Pérez

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Regional Universitario de Málaga.

RESUMEN

La ponencia aborda la gestión de los recursos humanos en los procesos asistenciales de alta frecuentación y complejidad en los servicios de aparato digestivo, centrándose en modelos que optimicen la eficiencia, potencien el papel de la enfermería y promuevan la colaboración entre niveles asistenciales. Este enfoque fue considerado pertinente por los investigadores del proyecto INNOVA Digestivo, con valoraciones de adecuación elevadas, y se inscribe dentro de los retos prioritarios identificados en la fase de trabajo preparatorio.

La presentación se estructura en torno a cuatro grandes ejes: los modelos asistenciales centrados en la generación de valor en salud, el desarrollo del papel de la enfermería, la creación de unidades multidisciplinares y la colaboración efectiva entre niveles asistenciales. Como punto de partida, se destaca que el envejecimiento poblacional y el aumento de los procesos crónicos están generando una presión asistencial creciente, lo que obliga a repensar la gestión de estos procesos complejos desde una perspectiva centrada en el paciente.

Los modelos basados en valor plantean una atención personalizada, accesible y coordinada, donde la opinión del paciente, su experiencia y su grado de implicación adquieren un papel central. Esta perspectiva requiere medir los resultados obtenidos en relación con los recursos utilizados, mejorar la satisfacción del paciente y reducir la variabilidad clínica mediante la protocolización y la monitorización de procesos.

En cuanto al papel de la enfermería, se propone avanzar hacia un modelo que permita ampliar sus competencias a través del desarrollo real de figuras como la enfermera de práctica avanzada y la enfermera gestora de casos, especialmente en pacientes complejos. Se defiende su participación en comités clínicos, programas de educación y seguimiento, y en la toma de decisiones, favoreciendo una relación más bidireccional y efectiva con el cuerpo médico.

La ponencia también subraya la necesidad de establecer unidades multidisciplinares en áreas clínicas de alta carga y complejidad. Para ello, se propone definir objetivos claros, capacitar al personal, establecer protocolos específicos y aplicar mecanismos de evaluación continua. Estas unidades, además, deben estar alineadas con los criterios establecidos en sus procesos de certificación.

Por otra parte, se destaca la importancia de mejorar la colaboración entre niveles asistenciales mediante protocolos conjuntos, herramientas tecnológicas como la telemedicina y programas de formación compartida. Esta cooperación permitiría mejorar la continuidad asistencial, reducir duplicidades y tiempos de espera, y aumentar la satisfacción de pacientes y profesionales.

Por último, se identifican diversas limitaciones estructurales y organizativas que dificultan la implantación de estos modelos, como la alta carga de trabajo, la escasez de recursos, las

dificultades para acceder a formación continua, la escasa flexibilidad administrativa y la percepción de la administración sanitaria como un obstáculo más que como un aliado. Frente a ello, se propone un enfoque integrador que combine trabajo interdisciplinar, nuevas tecnologías, optimización de agendas y simplificación de procesos administrativos, todo ello orientado a generar valor y mejorar la eficiencia de los servicios.

PONENCIA

Esta ponencia trata sobre la gestión de los Recursos Humanos en los procesos de alta frecuentación y complejidad.

A partir de los debates y trabajos preparatorios, se consideró pertinente abordar la gestión de los Recursos Humanos en los procesos de alta frecuentación y complejidad, obteniendo una valoración de adecuación de 4,2 sobre 5 en la escala de relevancia.

Asimismo, en los trabajos previos y en la encuesta difundida entre los distintos investigadores, se planteó la relevancia del papel que la multidisciplinariedad puede desempeñar en la gestión de estos procesos de alta frecuentación y complejidad en el área de aparato digestivo, obteniendo una valoración de adecuación de 4,3.

En esos trabajos previos, el bloque temático "Los recursos humanos en la gestión de los procesos de alta frecuencia y complejidad fue valorado en cuanto adecuación con un promedio de 4,13 sobre 5.

Asimismo, se identificaron como problemas asociados a este tema la falta de personal de enfermería y la ausencia de una adecuada coordinación entre médicos y personal de enfermería. También se plantearon como retos el impulso de la enfermería de práctica avanzada dentro de los servicios, así como la creación de modelos y unidades multidisciplinares.

En definitiva, de estos trabajos previos de debate surgió la elaboración de esta ponencia, que se desarrollará en distintos apartados. En primer lugar, abordaremos los modelos asistenciales basados en la generación de valor en salud, seguido del papel que la enfermería puede desempeñar en la atención de estos procesos asistenciales. También se tratarán las unidades multidisciplinares y la necesaria colaboración entre niveles asistenciales. Finalmente, en la última parte de la charla, se plantearán las limitaciones que enfrentamos en el día a día y las posibles soluciones para lograr una gestión eficaz de estos procesos.

Comenzamos con el modelo de asistencia centrado en el valor. Actualmente, la asistencia sanitaria, tanto en la especialidad de digestivo como en otras áreas, enfrenta un problema de elevada demanda asistencial. Esto se debe principalmente al envejecimiento de la población, que implica un incremento en los procesos crónicos, cada vez más complejos, y que consumen gran cantidad de recursos humanos y materiales, lo cual obliga a priorizar y optimizar estos recursos.

Hasta ahora, el enfoque en la gestión de estos procesos asistenciales de alta frecuentación y complejidad ha estado centrado en los parámetros de la administración, midiendo principalmente cuánto hacemos y cuánto cuesta, sin considerar suficientemente la percepción y las expectativas del paciente sobre la asistencia que recibe.

Actualmente, se promueven nuevos modelos de gestión en aparato digestivo orientados a la generación de valor en salud. Este enfoque se centra en el paciente, en escuchar su opinión sobre su proceso de atención, entender qué espera de nosotros y evaluar hasta qué punto está dispuesto a involucrarse en su propio cuidado.

Los modelos de atención centrados en el paciente implican una necesaria personalización de la atención, comunicación efectiva y toma de decisiones compartidas con el paciente. Para lograr que el paciente participe activamente en su proceso de tratamiento, es fundamental que exista una verdadera coordinación y continuidad en los cuidados, así como una asistencia accesible y puntual.

Estos modelos de gestión centrados en el paciente están orientados hacia la generación de valor en salud, como se ha mencionado anteriormente. Esto implica enfocar los resultados en salud que el paciente espera obtener en relación con el coste de su atención, poniendo al paciente en el centro de este proceso de evaluación.

Este enfoque en la gestión de estos problemas busca lograr un modelo que se traduzca en una mejora de los resultados clínicos, un aumento en la satisfacción del paciente, una optimización de los recursos y una reducción de la variabilidad clínica.

Por ello, es fundamental establecer líneas estratégicas y vías clínicas orientadas a garantizar una atención continua y coordinada en todo el proceso asistencial, desde el diagnóstico hasta el seguimiento a largo plazo. Esto permitirá optimizar los resultados mediante el uso adecuado de los recursos.

En este sentido, la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) nos proporciona apoyo a través de diversas herramientas, proyectos y programas en su área de gestión y calidad (1), que ya se han mencionado en ponencias anteriores y que pueden consultarse en la figura 1. No me extenderé en los detalles, pero incluyen recursos para la gestión de procesos en el ámbito de la formación, así como herramientas de certificación. Todo esto tiene como objetivo permitir una gestión protocolizada y monitorizada de estos procesos, que nos permita evaluar qué hacemos, cómo lo hacemos y asegurarnos de cumplir con los estándares adecuados.

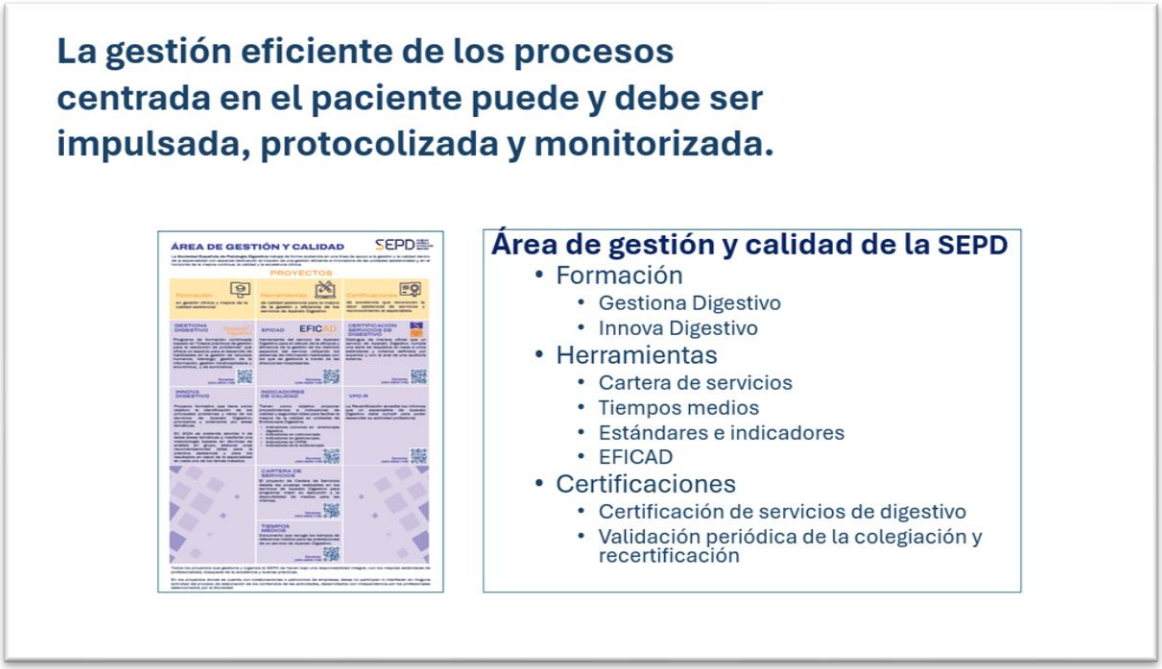

Figura 1. Herramientas, proyectos y programas del área de gestión y calidad de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). Fuente: SEPD (1).

Por otra parte, otro punto importante en la gestión de estos procesos asistenciales de alta frecuentación y/o complejidad es el papel que la enfermería puede desempeñar en su abordaje. Esto implica una mayor integración y participación del personal de enfermería en la asistencia y en la gestión de estos procesos. Para lograrlo, es necesario ampliar sus competencias mediante el desarrollo real de la figura de la enfermera de prácticas avanzadas, tanto en procedimientos técnicos como en áreas de capacitación, lo cual permitirá que el personal de enfermería participe de forma efectiva en la toma de decisiones y en los comités clínicos.

Además, este enfoque contribuirá a fortalecer la relación bidireccional y efectiva entre médicos y enfermería, potenciando el liderazgo de las enfermeras en el desarrollo de programas educativos, en la atención y el seguimiento de pacientes, mediante la creación de consultas específicas de enfermería para áreas o patologías concretas. Asimismo, se debe promover el rol de la enfermera gestora de casos, especialmente en aquellos pacientes complejos, para que actúe como figura clave en la coordinación e interlocución entre los distintos niveles asistenciales.

Ahora vamos a plantear una pregunta interactiva al hilo de la integración de enfermería en los procesos asistenciales digestivos. En este sentido, nos planteamos si estamos de acuerdo con el enfoque de desarrollar y potenciar el papel de la enfermería en el abordaje de casos complejos y de alta frecuentación. ¿Es esta realmente la dirección a seguir?

En general, por la respuesta obtenida podemos ver que la mayoría de la audiencia está de acuerdo en potenciar el papel de la enfermería en la gestión de procesos de alta frecuentación y complejidad. Alrededor del 52 % está "de acuerdo" y un 24 % "completamente de acuerdo", lo que suma una mayoría significativa que apoya este enfoque. Sin embargo, también hay un porcentaje pequeño que se mantiene neutral o en

desacuerdo, lo que nos indica que aún existe cierta diversidad de opiniones. Esto refuerza la necesidad de seguir discutiendo cómo integrar de forma efectiva y con consenso el papel de la enfermería en nuestros servicios.

Respecto al papel de la enfermería, es evidente su necesidad; sin embargo, resulta fundamental redefinir sus funciones, capacitándolas para desempeñar roles más específicos y con una mayor implicación en el abordaje de estos temas. Estamos hablando de capacitar al personal de enfermería para asumir responsabilidades más avanzadas en el manejo de estos procesos complejos.

Quizá en el debate, sería interesante escuchar la perspectiva de aquellas personas que no están de acuerdo con este enfoque, que nos expliquen el porqué de su postura. Aunque, como hemos visto, la mayoría sí apoya el fortalecimiento de la función de la enfermería en este sentido.

Continuando con la agenda de la ponencia, otro de los apartados considerados esenciales para lograr un enfoque adecuado en estos procesos asistenciales es el desarrollo de unidades multidisciplinares. Esto implica, en primer lugar, identificar áreas de alta complejidad o de gran volumen asistencial, que son aquellas donde más beneficios podría aportar este enfoque multidisciplinar.

Para establecer una unidad multidisciplinar de manera efectiva, es necesario definir claramente sus objetivos y alcance, seleccionar y capacitar al personal que formará el equipo, elaborar protocolos y vías clínicas específicas, e implementar sistemas de evaluación y mejora continua. De esta forma, podemos medir qué estamos haciendo, evaluar su eficacia y analizar los resultados obtenidos.

En línea con este enfoque, existen ejemplos de procesos de certificación para unidades monográficas multidisciplinares impulsados por distintas sociedades científicas, como la unidad de enfermedad inflamatoria, la unidad de patología hepática, la unidad de páncreas, entre otras.

La propia SEPD, dentro de sus criterios para el proceso de certificación, establece como requisito la existencia de unidades multidisciplinares en los servicios de aparato digestivo para poder optar a dicha certificación (2).

Todo lo que hemos discutido hasta ahora —la búsqueda de un modelo de gestión centrado en la generación de valor en salud, en el cual el paciente es el eje central del proceso; la potenciación y mayor participación de enfermería; y la creación de unidades multidisciplinares— no tendría sentido si no existe una comunicación y colaboración efectiva entre los diferentes niveles asistenciales. Esta colaboración debe darse no solo entre atención primaria y hospitalaria, sino también dentro de la atención hospitalaria misma, abarcando hospitales de primer, segundo y tercer nivel.

Ello requiere la elaboración de protocolos conjuntos de seguimiento y derivación, el desarrollo de equipos multidisciplinares entre distintas áreas asistenciales, y el apoyo en nuevas tecnologías que favorezcan modelos innovadores de atención, como la telemedicina. Además, es fundamental establecer programas de formación conjunta entre los distintos niveles asistenciales.

Todo ello redundaría en una mejora de la continuidad asistencial, evitando y reduciendo duplicidades, demoras en los tiempos de respuesta y en la gestión de citas. Además, contribuiría a una mayor satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales.

Y ya, por último, desde una visión práctica y centrada en el día a día, nos planteamos qué limitaciones encontramos en nuestros servicios al gestionar estos procesos de alta frecuentación y/o complejidad.

Hemos identificado algunas limitaciones clave, que consideramos puntos fundamentales. Entre ellas, la elevada carga de trabajo que estos procesos suponen, lo cual implica destinar una considerable cantidad de recursos, tanto humanos como materiales, a su atención. Esto puede llevar a que, en unidades que ya suelen tener recursos limitados, se desvíen profesionales y recursos de otras áreas, generando deficiencias en otros puntos asistenciales.

Además, estos procesos de alta frecuentación y complejidad exigen una dedicación intensiva y una implicación importante del profesional, lo que también representa un desafío para la gestión de los recursos humanos, especialmente considerando la escasez de personal y las limitaciones que encontramos habitualmente en cuanto a recursos humanos.

La necesaria implicación y dedicación que se requiere de los profesionales en la atención de estos procesos también conlleva la necesidad de una formación continua, así como las dificultades que enfrentamos en el día a día para garantizar que esta formación sea adecuada. Esto implica un desafío logístico, ya que muchos servicios no pueden prescindir de estos profesionales durante largos períodos para que puedan formarse. Además, surgen cuestiones sobre cómo se financia esa formación y los problemas organizativos relacionados con la coordinación y la organización interna del servicio, especialmente cuando debemos abordar la atención de estos procesos complejos y de alta frecuentación.

Por último, quisiera destacar el papel de la administración sanitaria en la resolución de estos problemas. Lamentablemente, no siempre percibimos a la administración como un aliado en este objetivo, sino más bien como un obstáculo, ya que suele estar desfasada respecto a las necesidades reales que planteamos. En este sentido, creo que desde las sociedades científicas, y en particular desde la SEPD, sería fundamental que la administración sanitaria nos reconociera como un referente. Sería importante que la administración tomara en consideración las propuestas de la SEPD en cuanto a organización y recursos, de manera que, desde un punto de vista práctico, los jefes de servicio pudieran contar con un respaldo sólido que facilitara la gestión en beneficio de una atención eficiente y adecuada.

Entre las posibles soluciones que podemos aportar para la gestión de estos procesos, destaca la colaboración interdisciplinaria entre los distintos niveles asistenciales y las diversas unidades multidisciplinares, promoviendo la creación de equipos que aborden el problema de forma conjunta e integral.

Además, resulta esencial establecer programas de formación continua que capaciten a los profesionales en la atención adecuada de estos problemas. Al mismo tiempo, estos programas pueden actuar como un elemento de motivación y retención del personal que se dedica a estos procesos.

En cuanto a las nuevas tecnologías, destaca el uso de herramientas avanzadas, como la inteligencia artificial, que puede facilitarnos una mejor administración, especialmente en la gestión de citas.

Además, el desarrollo de sistemas de comunicación efectivos entre los distintos niveles asistenciales y con el propio paciente es esencial, siendo la telemedicina un ejemplo de estas innovaciones en comunicación

En cuanto a los Recursos Humanos, otro aspecto clave para abordar estos procesos desde una visión centrada en el paciente es facilitar una accesibilidad real ajustada a sus necesidades. Esto implica una optimización en la gestión de recursos, incluyendo la creación de horarios y agendas flexibles, de modo que el paciente perciba que la atención se adapta verdaderamente a sus requerimientos.

Además, es fundamental contar con sistemas administrativos eficaces. Sin una gestión administrativa que optimice y automatice procesos, limitando la burocracia y liberando al personal sanitario de tareas administrativas, no será posible alcanzar una gestión realmente eficiente.

En conclusión, se plantea un enfoque distinto para abordar estos procesos asistenciales complejos y de alta frecuencia en el área de digestivo, centrado en el paciente y orientado hacia la generación de valor en salud. Este enfoque exige la implicación activa de todos los profesionales sanitarios, incluido el personal de enfermería, y el desarrollo de unidades multidisciplinares. Además, es fundamental disponer de herramientas que permitan una verdadera continuidad asistencial, de modo que la experiencia sea satisfactoria tanto para el paciente como para el propio médico.

REFERENCIAS

1. Gestión y Calidad [Internet]. Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 27 Abr 2025]. Disponible en: https://sepd.es/inicio_gyc.

2. Carballo F, Crespo J, Vera MI, Fernández C, Alberca F, Elola J. Los Servicios de Digestivo en el Sistema Nacional de Salud del siglo XXI. Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente [pdf]. Madrid: Sociedad Española Patología Digestiva (SEPD); 2020 [consultado 08 Sep 2024]. Disponible en: https://admin.sepd.es/storage/cid/Certificaci%C3%B3n%20UDAs/estandares%20calidad.pdf.

Debate final

Celebrado tras las ponencias "Adecuación profesional al desempeño: incorporación, desarrollo profesional y gestión de la motivación y de la eficiencia", presentada por Ángel Caunedo Álvarez, y "Los recursos humanos en la gestión de procesos de alta frecuencia y/o complejidad", presentada por Miguel Jiménez Pérez.

Participantes:

Fernando Alberca de las Parras. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Cecilio Santander Vaquero. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

Eduardo Redondo Cerezo. Hospital Universitario Virgen de la Nieves, Granada.

José Luis Calleja Panero. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Guillermo Cacho Acosta. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Ángel Caunedo Álvarez. Ponente. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Miguel Jiménez Pérez. Ponente. Hospital Regional Universitario de Málaga.

María Dolores Martín Arranz. Hospital Universitario La Paz, Madrid

María Àngels Escorsell Mañosa. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Yago González Lama. Hospital Universitario 12 de octubre, Madrid.

Fernando Carballo Álvarez. Coordinador ejecutivo de INNOVA Digestivo.

Silvia Morales González. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Rafael Gómez Rodríguez. Hospital Universitario de Toledo.

Enrique Domínguez Muñoz. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

RESUMEN

El debate final de la jornada, celebrado tras las dos últimas ponencias, abordó cuestiones fundamentales relacionadas con la adecuación profesional, la recertificación, la selección y contratación de personal, el papel de la enfermería, y los retos estructurales para una gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo. Participaron en él jefes de servicio, ponentes y miembros del equipo INNOVA, con una pluralidad de perspectivas y una notable coincidencia en la necesidad de cambios sustanciales.

Uno de los ejes centrales del debate fue el valor de la recertificación como instrumento para el reconocimiento y la motivación profesional. Se subrayó que, al ser un proceso voluntario, permite al médico orientar su desarrollo en función de sus intereses y aspiraciones, ofreciendo al mismo tiempo un mecanismo de prestigio profesional. Sin embargo, varios

intervinientes advirtieron que este potencial solo se materializa si la administración reconoce formalmente los méritos adquiridos. De lo contrario, el esfuerzo en recertificación podría convertirse en un factor de desmotivación. Se planteó, por tanto, la necesidad de diseñar un modelo de certificación que no actúe como una barrera, sino como un incentivo, y que ofrezca herramientas para que los profesionales excelentes puedan acreditar objetivamente su nivel de competencia, incluso en contextos donde los procedimientos de selección dependen mayoritariamente de criterios sindicales o de antigüedad.

En relación con los sistemas de contratación, se expresaron críticas al actual modelo, que excluye a los jefes de servicio de los procesos selectivos y otorga un papel preponderante a las mesas sectoriales. Se cuestionó que este diseño garantice una selección basada en la competencia profesional y se reclamó un mayor protagonismo de las sociedades científicas en la definición de perfiles, criterios y estándares.

También se compartieron experiencias de reorganización de la demanda mediante consultas virtuales y sistemas de cribado previos a la atención presencial. Estas estrategias han demostrado eficacia en la reducción de listas de espera y en la optimización de recursos, aunque su implantación enfrenta resistencias políticas o normativas en algunas comunidades autónomas.

Otro bloque importante del debate giró en torno al papel de la enfermería en los procesos asistenciales. Se reconoció la necesidad de reforzar su implicación, especialmente en áreas complejas como la endoscopia, siempre sobre la base de competencias específicas, formación adecuada y límites bien definidos. Algunos participantes alertaron del riesgo de desdibujar la frontera entre funciones médicas y de enfermería, con ejemplos internacionales que ilustran posibles excesos. Al mismo tiempo, se defendió la certificación de funciones avanzadas en enfermería como vía para dignificar su rol, garantizar la calidad y asegurar una colaboración efectiva.

El debate concluyó con una reflexión general sobre el deterioro progresivo de los sistemas de selección, liderazgo clínico y atracción de talento en los servicios públicos, y la necesidad urgente de que las sociedades científicas actúen de forma coordinada. Se coincidió en que solo mediante trayectorias profesionales centradas en el paciente y orientadas al valor será posible revertir la tendencia actual y recuperar el protagonismo de los profesionales en la construcción de servicios de salud más eficientes, motivadores y sostenibles.

DEBATE

Fernando Alberca

Abrimos el debate. Tienes la palabra, Cecilio y luego Eduardo, que está pendiente.

Cecilio Santander

Agradezco el enfoque planteado en cuanto a la motivación y el desarrollo profesional continuo. Creo que la recertificación representa una oportunidad clave para los jefes de servicio en dos aspectos intrínsecamente motivadores:

1. La recertificación es voluntaria, lo cual brinda libertad al profesional, al médico, para crecer de acuerdo con sus intereses. Aquí, los jefes de servicio actuamos como facilitadores, convirtiéndola en una herramienta motivacional efectiva.

2. La recertificación otorga reconocimiento y prestigio profesional. Esta acreditación añade un valor que contribuye al estatus profesional del médico.

Estos dos factores, la libertad de crecimiento y el reconocimiento, son precisamente los que han dado éxito a modelos de recertificación como el canadiense, que ha logrado incluir a muchos más especialistas médicos en el proceso. Simplemente quería añadir estos dos elementos a la lista de factores motivadores, pues considero que son importantes y que, como jefes de servicio, podemos guiar a los profesionales en su crecimiento hacia esas áreas de interés. Gracias.

Eduardo Redondo

Agradezco muchísimo la ponencia; me ha parecido sumamente interesante, especialmente en relación con la última exposición. Me sorprende la capacidad de fantasía que tenemos. Dos jefes de servicio de Andalucía han comentado y ni ellos ni yo hemos participado en absoluto en los baremos, oposiciones ni en la bolsa de trabajo que regula la contratación de nuestros profesionales. Ni nosotros ni nuestros gerentes tenemos injerencia. No conozco ninguna empresa privada de éxito en la que sea el sindicato quien decide a quién se contrata.

En los procesos de consolidación, como el de 2002 y uno reciente, se ha otorgado plaza a personas solo por haber estado presentes en consulta durante años. Este es un problema que no podemos ignorar. Como sociedad científica, como jefes de servicio y en los foros en los que tenemos voz, debemos abordarlo. No podemos quedarnos callados mientras se otorgan plazas basadas únicamente en la permanencia o en criterios que no necesariamente reflejan competencia profesional.

Sobre el tema de la demanda en consultas, tenemos una experiencia interesante, inspirada en prácticas internacionales. Hemos implementado un sistema de teleconsulta en el que toda solicitud que entra al servicio es filtrada, valorada y priorizada antes de ser atendida. Tengo uno o dos adjuntos dedicados exclusivamente, de forma rotativa, a revisar todas las endoscopias y consultas que llegan. Gracias a este sistema, hemos reducido la lista de espera considerablemente, de casi un año a menos de un mes. Sin embargo, el problema persiste con las revisiones, donde seguimos revisando casos de reflujo u otras condiciones de forma regular. Para esto, estamos trabajando en protocolos asistenciales y desarrollando vías clínicas específicas y adaptadas. Eso es todo lo que quería aportar. Muchas gracias.

José Luis Calleja

La revisión de las peticiones aquí en Madrid enfrenta un obstáculo de tipo político. No se nos permite, desde nuestro nivel, restringir la capacidad de los médicos de atención primaria para derivar pacientes al especialista. Esta restricción hace que el sistema funcione para endoscopias, pero en el caso de las consultas, encontramos muchas más limitaciones.

Guillermo Cacho

Bueno, quería hacer un comentario en relación con la charla de Ángel Caunedo. No sé si todos están al tanto, pero en junio, justo antes del verano, se publicó un Real Decreto que aborda las áreas de capacitación específica. Este Decreto revisa y actualiza lo mencionado en la ley de 2003 y, en su versión definitiva, establece cómo deben formarse los comités de evaluación para estas áreas.

Es un decreto que era del 2022, se impugnó por un defecto de forma y se ha publicado ya en su versión definitiva en junio de 2024.

Además, es interesante que se ha lanzado un guante a las sociedades científicas y a la Comisión Nacional de la Especialidad, pues especifica que serán las sociedades científicas las responsables de llevar a cabo esta tarea. Ahí lo dejo.

Ángel Caunedo

Desde luego, es fundamental el desarrollo, y que no ocurra como con la ley de hace veintiún años, que realmente no se desarrolló y quedó en nada. Si existe esa voluntad de establecer un marco político, como mencionabas, debemos recoger el guante e impulsar su desarrollo, porque es algo básico, algo fundamental.

Aprovecho también para añadir que es evidente la importancia de estar en el ámbito de decisión, en los tribunales y, en general, en los métodos de selección de nuestro personal. Esto es esencial, y actualmente no estamos presentes en esos procesos en varias comunidades. Básicamente, tras la mesa sectorial y acuerdos, suele imponerse la decisión de los sindicatos.

Miguel Jiménez

Es fundamental reivindicar el papel de las sociedades científicas en estos procesos. Tanto en lo que respecta a la formación de los profesionales como en la capacidad de identificar las necesidades de personal. Las sociedades científicas deben tener un peso real en la toma de decisiones.

María Dolores Martín

Justo hablábamos de esto antes. Creo que ha habido un momento en el que, como responsables de los servicios, desde las direcciones nos hemos empezado a formar en gestión y somos más conscientes de la sostenibilidad de esta. Hablamos de crear protocolos, pero en última instancia, aunque algunos jefes de servicio hacemos labor asistencial, el trabajo lo llevan a cabo todos los facultativos. Sin una autogestión y compromiso por parte de cada uno de los miembros del servicio con los objetivos que establecen las direcciones y la Consejería, es complicado. Esto incluye, por ejemplo, evitar citar a revisiones innecesarias solo porque puede ser más cómodo ver una revisión que atender a un nuevo paciente.

Si nuestros facultativos no desarrollan cierta capacidad de autogestión, si no conocen sus propios datos —como las altas que dan en comparación con sus compañeros—, y si esta información no se comparte con el resto, al final nosotros terminamos viéndolo todo sin optimizar la atención. Y eso nos acaba afectando a todos.

María Àngels Escorsell

Y un aspecto fundamental también es la formación de los médicos de atención primaria y del personal de enfermería. Tenemos que involucrarnos en la capacitación de estos profesionales, ya que ellos son la puerta de entrada de los pacientes a nuestras consultas. Estamos sobresaturados, y como mencionaba el doctor Calleja, en muchos casos no podemos o no sabemos decir “no” a las derivaciones que nos hacen los médicos de cabecera. Por lo tanto, su formación es clave.

El año pasado, organizamos un curso sobre patología digestiva para médicos de primaria, y asistieron 130 profesionales. Esto demuestra que existe un gran interés en aprender, pero debemos comprometernos en ofrecerles esa formación.

Yago González

Gracias a todos por vuestras intervenciones; han sido de gran interés. Quería hacer una breve reflexión sobre el tema de la motivación. Creo que somos un colectivo particular en el sentido de que no necesitamos una motivación adicional; simplemente sería suficiente con que no se nos desmotive.

Sin embargo, el sistema parece actuar como una apisonadora que va minando la motivación de los profesionales día a día. Esto ocurre porque, en términos de incentivos, el sistema rara vez puede ofrecer recompensas económicas y casi nunca puede motivamos mediante el desarrollo profesional. Además, cualquier responsable de equipo se encuentra con las manos atadas a la hora de proponer iniciativas como rutas monográficas, desarrollo, incorporación de tecnología, etc., debido a las limitaciones de un sistema saturado, donde la atención está enfocada en otras prioridades.

Por eso creo que la sociedad científica debe ser especialmente cautelosa con el tema de la certificación. Si imponemos demasiadas barreras —como exámenes, créditos, etc.— para acceder a un área de capacitación, estaremos añadiendo dificultades en lugar de incentivar el cambio. La certificación debería ser una herramienta para impulsar el desarrollo y motivación, no un obstáculo más. Esa es mi reflexión. Gracias.

Miguel Jiménez

Quería añadir una puntualización sobre este tema. La reacreditación o certificación está muy bien, pero es esencial que la administración le otorgue un valor real. Si, después de todo el esfuerzo que hace un médico para recertificarse, ese mérito no se toma en cuenta en la bolsa de trabajo debido a una menor antigüedad, y acaban contratando a alguien sin dicha acreditación, lo único que se genera es más desmotivación. Por lo tanto, debemos trabajar para que la administración reconozca realmente este esfuerzo y que tenga un peso efectivo en las decisiones de contratación.

José Luis Calleja

Quería hacer un comentario sobre el tema de enfermería. Creo que este tema por sí solo daría para una sesión de cuatro horas, ya que parece que está en tendencia asignar un papel más relevante a la enfermería, lo cual me parece adecuado en principio. Sin embargo, creo que este rol no debería definirse únicamente en términos de ahorro de costes, como ha sucedido en algunos lugares, especialmente porque el salario de las enfermeras cada vez se acerca más al de los médicos, al menos en el ámbito hospitalario.

Por otro lado, aunque esto quizás suene políticamente incorrecto, en nuestro hospital la enfermería actúa con una estructura muy cohesionada, y tenemos que ser cuidadosos con cómo definimos su papel. No queremos que, en el futuro, a las nuevas generaciones les dejemos una situación problemática. Por ejemplo, en el caso de anestesia, debido a la falta de especialistas, se les ha asignado a las enfermeras un papel cada vez más relevante, a tal punto que la sociedad científica ha tenido que redactar un documento para tratar de retroceder en algunas funciones, pues se llegó a un punto en que en determinadas áreas las enfermeras reemplazaban a los médicos.

Lo planteo como un tema para el debate porque, si bien la enfermería debe tener un rol importante, creo que es fundamental que ese rol se defina en función de las competencias y el perfil profesional, no por ahorro de costes o por la falta de especialistas, ya que eso podría causarnos problemas en el futuro.

Fernando Carballo

Mi intención es desdramatizar un poco la situación y poner en perspectiva el debate. Lo cierto es que una de las quejas más recurrentes de los investigadores de INNOVA es que llevamos años hablando de estos temas, sin llegar a encontrar soluciones ni tomar decisiones claras. Esto me ha hecho recordar lo que mencionaba Pepe Soto en su ponencia de cuando un problema se convierte en conflicto. Uno de los problemas es que no hemos logrado estructurar verdaderas trayectorias centradas en el paciente y basadas en la generación de valor. Lo vemos en todos los niveles y especialidades: cada estamento, cada gerente, lo observa desde su propia perspectiva. Creo que lo primero que debemos hacer es cambiar nuestro enfoque y verlo desde la perspectiva del paciente. Este es un esfuerzo que tenemos que hacer, porque sin ello será difícil establecer trayectorias de valor donde cada uno, empezando por el propio paciente, tenga el rol que le corresponde y pueda contribuir más.

Además de esta reflexión general, quería destacar el punto específico de esta jornada. Estamos hablando de crear mecanismos para que aquellos profesionales excelentes puedan aportar pruebas de su calidad. Es importante que, en algún lugar, eso quede registrado, ya que actualmente ni siquiera se solicita el currículo. Una posible solución son las certificaciones individuales, tal como estamos aprendiendo a hacer certificaciones para unidades y servicios. Aunque estas certificaciones no tengan una validez práctica inmediata, permiten un reconocimiento formal de la excelencia.

En el contexto actual, en el que las plazas en las oposiciones las deciden los sindicatos, tener un sistema donde el profesional más valioso pueda demostrar objetivamente su mérito sería de gran utilidad. Hoy en día, ni siquiera es posible demostrar las habilidades diferenciadoras de un profesional; todos somos considerados iguales porque carecemos de un mecanismo de carrera profesional, tanto institucional como de registro interno, que permita el reconocimiento de aquellos que destacan.

Creo que las recertificaciones deberían orientarse en este sentido, no para poner obstáculos o exigir certificación como requisito obligatorio, sino para permitir a aquellos que lo deseen recertificarse y demostrar su nivel de excelencia y capacidad.

José Luis Calleja

Pero es fundamental que lo reconozca la administración, porque los pocos méritos que ahora pueden ser valorados tampoco lo reconoce.

Fernando Carballo

Pero, claro, si no le proporcionas las herramientas, ni siquiera puede demostrarlo. Ahora mismo es fundamental hacer algo para que, al menos, aquel profesional que realmente sea excelente pueda demostrarlo.

José Luis Calleja

Actualmente, existen ciertos méritos profesionales que pueden reconocerse, pero, por ejemplo, el dominio de la lengua propia se valora más que otros logros importantes. Esto

desanima mucho cuando se trata de comprometerse con el esfuerzo que supone una recertificación si luego no se reconoce adecuadamente. La recertificación debe basarse en la certeza de que este esfuerzo será valorado y reconocido.

Fernando Carballo

Perdona, no es mi intención insistir, pero esto lleva ocurriendo desde hace 30 años. Si en todo este tiempo las administraciones no han mostrado interés en reconocer estos méritos, entonces debemos plantearnos qué podemos hacer nosotros al respecto.

Fernando Alberca

Como decía Einstein, si queremos resultados distintos, debemos cambiar la manera en que hacemos las cosas.

Silvia Morales

Volvamos sobre esto, porque el problema es profundo. Como se comentaba antes, cuando los adjuntos o el personal que trabaja en el servicio no gestionan bien su tiempo, las consultas de repetición, o no diferencian adecuadamente qué pacientes necesitan seguimiento, no hay manera de distinguir entre aquellos que tienen una mejor certificación o recertificación y los que no se preocupan por gestionar estos aspectos. Estoy de acuerdo en que hace falta una forma de premiar o reconocer la calidad y el esfuerzo en la gestión.

En Canarias, por ejemplo, se nos obligó en su momento a aceptar solicitudes directas de endoscopias desde atención primaria, salvo en la Candelaria. Allí, como se mencionó antes, los conflictos se resuelven negociando, y logramos acordar que no aceptaríamos peticiones directas de primaria, sino únicamente solicitudes de consultas virtuales. A partir de ahí, valoramos todas las consultas virtuales, pero no las peticiones directas desde primaria.

Por otro lado, en cuanto al rol de las enfermeras, estoy de acuerdo en que no deben asumir el papel del médico, y entiendo que esto puede generar conflicto sobre sus funciones. Sin embargo, considero fundamental que se certifiquen en áreas especializadas, especialmente en las que ya tienen experiencia profesional. En el área de endoscopia, por ejemplo, creo que el personal debería contar con formación específica y estable en esta técnica. Sería ideal que se promovieran certificaciones para el personal de enfermería, de modo que sus competencias se valoren adecuadamente y no dependan de contrataciones temporales mes a mes.

Rafael Gómez

Dos puntualizaciones. Primero, en lo que señala Fernando Carballo, si no vamos todas las sociedades en bloque, será difícil lograr avances significativos. Segundo, en relación con lo que mencionaron la compañera y el doctor Calleja sobre el rol de la enfermería, debemos ser prudentes respecto al papel que se asigna a las enfermeras en nuestra especialidad, y en cualquier otra. No podemos ceder en nuestras responsabilidades de diagnóstico y tratamiento. La enfermería puede ser un apoyo importante, pero debemos evitar llegar a extremos que resulten contraproducentes.

Por ejemplo, como se ha comentado, un residente que fue a Inglaterra mencionó que allí las enfermeras pueden realizar endoscopias diagnósticas, pero necesitan la intervención de un médico para aumentar la dosis del sedante. Esto resulta algo kafkiano desde nuestra perspectiva. Creo que debemos ser prudentes y claros respecto al rol que desempeñan las

enfermeras en nuestro campo. Esto no es incompatible con tener enfermeras bien formadas para procedimientos específicos, como endoscopias. No cualquier enfermera puede cooperar en una CPRE o una ecoendoscopia avanzada; se requiere una formación específica para estas tareas.

Enrique Domínguez

Muy rápido, porque estamos con el tiempo encima y algunos tenemos que irnos al aeropuerto. Hemos discutido muchos temas, cada uno de los cuales habría requerido un debate profundo. Volviendo a lo que comentó Fernando Carballo, quiero concretar solo una cosa. Sería un gran logro si pudiéramos revertir la tendencia actual.

Llevo muchos años como jefe de servicio, en concreto 26, y en mis primeros años en el cargo podía contratar al personal que consideraba más adecuado, retener talento y atraer nuevos profesionales sin dificultad. Esto también se aplicaba a los nombramientos de jefes de servicio. Ahora es una utopía atraer talento para dirigir un servicio. Cada decisión que ha tomado la administración, en su constante enfoque profuso, difuso y confuso, ha empeorado la situación. Hoy estamos peor que hace unos años, y hace unos años estábamos peor que hace aún más tiempo. Revertir esta tendencia sería un auténtico logro.

PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos desde la perspectiva de los jefes de servicio de aparato digestivo. Puntos clave y presentación de propuestas y recomendaciones.

María Dolores Martín Arranz

Jefa del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

RESUMEN

La presentación de María Dolores Martín Arranz en la segunda jornada presencial del proyecto INNOVA Digestivo cumplió un doble propósito: recuperar los principales puntos tratados en la ponencia original sobre adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo, y presentar las propuestas y recomendaciones preliminares que serían sometidas a votación estimativa por los participantes. El enfoque general de la intervención se orientó a mejorar la eficiencia del desempeño médico sin basarse exclusivamente en un aumento del número de profesionales.

En la primera parte se sintetizaron los principales problemas y retos ya identificados: plantillas médicas insuficientes y desajustadas respecto a la demanda creciente, fragmentación funcional entre asistencia, docencia e investigación, rigidez organizativa en la planificación de agendas y escasas herramientas de motivación profesional. Se subrayó la sobrecarga que generan las tareas administrativas y no asistenciales sobre el tiempo clínico del facultativo, afectando directamente a la eficiencia global del servicio. El objetivo no era reclamar más facultativos sin más, sino introducir innovaciones en la organización del trabajo, redistribuir funciones, aprovechar las tecnologías disponibles —como la inteligencia artificial— y optimizar el tiempo médico allí donde aporta más valor.

Aunque los datos del Ministerio apuntan a una posible sobreoferta futura de especialistas, se advirtió que esa proyección no se ajusta a la realidad de muchas áreas críticas como la endoscopia o la hepatología. En este contexto, se destacó la necesidad de enfocar los análisis sobre cargas y recursos con mayor granularidad, por tipo de unidad y nivel asistencial. También se planteó una cuestión clave: si los servicios de digestivo deberían articularse como una red de investigación y aprendizaje cooperativo. La respuesta fue afirmativa, aunque también se reconoció la dificultad de sumar nuevas responsabilidades en un contexto de elevada carga de trabajo. Se planteó, además, una pregunta interactiva sobre el desarrollo de actividades cooperativas en torno a la inteligencia artificial, que recibió un respaldo rotundo (95 %).

En la segunda parte de la presentación se introdujeron las recomendaciones y propuestas de estudio que serían debatidas y votadas. Se propusieron dos grandes recomendaciones: la creación de una red nacional de investigación y aprendizaje cooperativo entre servicios, y la promoción de estrategias innovadoras para optimizar el desempeño médico, incluyendo tecnologías de apoyo, reorganización funcional, formación continuada y mejoras en la gestión del tiempo.

A estas recomendaciones se añadieron dos propuestas de estudio o desarrollo intermedio: por un lado, la realización de un análisis detallado de las cargas asistenciales y los recursos humanos disponibles en los servicios de digestivo, con el fin de identificar desequilibrios,

áreas críticas y márgenes de mejora organizativa; por otro, la puesta en marcha de programas de formación y pilotaje para la incorporación progresiva de herramientas de inteligencia artificial en distintos ámbitos de la práctica clínica y administrativa. Se destacó que estas herramientas deben entenderse como apoyo al desempeño médico y no como sustitutos, y que su integración efectiva requerirá esfuerzo formativo, liderazgo clínico y acompañamiento organizativo.

La presentación concluyó recordando que estas propuestas serían objeto de debate abierto y votación estimativa durante la jornada, y que las recomendaciones definitivas resultantes se votarían por todos los investigadores en un proceso posterior.

PONENCIA

Puntos clave

En esta primera parte vamos a resumir los aspectos más importantes de la ponencia presentada en la jornada previa de INNOVA Digestivo.

Entre los problemas y retos abordados, y sometidos a votación, destacó el análisis de la necesidad de recursos humanos con perfil médico en nuestra especialidad. Se identificó que las plantillas actuales eran insuficientes e inadecuadas para cubrir la demanda existente. El principal reto planteado fue contar con una plantilla de facultativos no solo suficiente en número, sino también motivada.

Otro punto clave fue la innovación, centrada especialmente en la gestión del tiempo y las funciones dentro de nuestro desempeño profesional. El objetivo no era necesariamente incrementar el número de facultativos, sino mejorar nuestra eficiencia a través de cambios en la forma de trabajar. Detectamos ineficiencias claras, particularmente en el tiempo dedicado a labores burocráticas u otras tareas no asistenciales, que podrían optimizarse para liberar recursos y mejorar el desempeño médico.

¿Cuáles fueron los objetivos principales? En primer lugar, evaluar la suficiencia de nuestras plantillas actuales y determinar si realmente contamos con los recursos necesarios para afrontar la creciente demanda asistencial.

En segundo lugar, impulsar innovaciones en la gestión de funciones y en la optimización del tiempo dedicado al desempeño médico. Esto incluye explorar si herramientas como la inteligencia artificial, la mejora en la gestión del tiempo y la delegación de tareas pueden contribuir a hacer nuestro trabajo médico más eficiente.

Se plantearon un par de preguntas clave. Una de ellas fue si, como jefes de servicio, consideramos que nuestras plantillas son insuficientes para afrontar la carga asistencial actual. Los resultados en aquel momento reflejaron, de forma mayoritaria, que sí. Existe un consenso general en que faltan médicos en nuestros servicios, una percepción compartida ampliamente por los participantes.

En el debate que se produjo, y a partir de los datos aportados, incluyendo análisis del Ministerio y otras publicaciones, se identificaron varias cuestiones clave. Por un lado, el servicio de aparato digestivo presenta una carga asistencial creciente, con un crecimiento exponencial post-COVID mayor que en otras especialidades. Este aumento está impulsado, en gran parte, por patologías funcionales y por la creciente demanda en endoscopia.

Sin embargo, al analizar la ratio de médicos especialistas por cada 100,000 habitantes, observamos que no es significativamente baja en comparación con otras especialidades con cargas asistenciales similares. De hecho, según el estudio del Ministerio, se proyecta que a futuro podría haber un exceso de especialistas en aparato digestivo. Esto sugiere que aumentar las plazas MIR a corto plazo no sería la solución más adecuada.

No obstante, sí se identificaron áreas específicas de crecimiento que debemos considerar, como la endoscopia. Además, se subrayó la importancia de revisar las políticas relacionadas con la distribución del tiempo de los médicos, enfocándonos en cómo podemos ser más eficientes en nuestras funciones asistenciales.

Replanteamos la misma pregunta al finalizar toda la exposición: ¿seguimos pensando que nos faltan médicos? La respuesta mayoritaria fue afirmativa: la percepción no cambió. Seguimos compartiendo la realidad de que, con el modelo de trabajo actual, no contamos con suficientes facultativos para atender adecuadamente la demanda asistencial.

¿Qué se propuso como mejoras? En cuanto al incremento de plazas MIR, el informe de adecuación del Ministerio indicaba que esta no sería la solución adecuada. Según sus proyecciones, hacia el año 2035 podría haber un exceso de especialistas en aparato digestivo en relación con la demanda prevista. Aunque estos cálculos están sujetos a variaciones, reflejan una tendencia clara.

Una propuesta prioritaria fue mejorar la planificación y la gestión de los contratos. Esto incluye lograr una mayor estabilidad en las plantillas, reduciendo la dependencia del personal temporal mediante la creación de contratos estables. Además, se planteó la necesidad de retener especialistas en áreas con mayor dificultad de contratación.

Por otro lado, se destacó la importancia de investigar en aspectos como las cargas de trabajo, las ratios de personal y el benchmarking entre hospitales, para identificar y compartir buenas prácticas que permitan optimizar la organización y gestión de los recursos humanos.

A partir de este punto se planteó una pregunta dirigida a todos los presentes, no solo a los jefes de servicio, sino también a jefes de sección, adjuntos y otros profesionales con responsabilidad: ¿deberíamos articularnos como una red de investigación, registro y aprendizaje cooperativo en áreas asistenciales, docentes e investigadoras?

La respuesta fue un claro sí. Hubo consenso en que trabajar en red aportaría beneficios significativos. Sin embargo, cuando se preguntó cuántos podrían dedicar tiempo de forma personal a este propósito, la respuesta fue menos contundente. Esto reflejó la realidad de la sobrecarga de tareas que enfrentamos, algo que surgió como un tema recurrente en el debate.

En cuanto a la innovación en la gestión de funciones y el tiempo de desempeño médico, no es necesario entrar en cada detalle porque todos somos conscientes de las tareas que consumen gran parte de nuestro tiempo sin aportar valor. Estas incluyen labores burocráticas, papeleo, contestar correos, enviar formularios, entre otras. Estas actividades, además de ser improductivas, nos quitan un tiempo valioso.

En algunos casos, incluso realizamos tareas que no corresponden a nuestras funciones, como rellenar impresoras, cambiar camillas, y similares. En mi hospital, por ejemplo, mis facultativos y yo a menudo realizamos estas tareas durante las consultas.

¿Cuáles son los principales desafíos? Por un lado, la sobrecarga administrativa y la fragmentación en el desempeño de nuestras funciones. Debemos atender a la asistencia, la docencia y la investigación, pero esto no siempre queda reflejado de manera efectiva en la distribución de nuestro tiempo de trabajo. Por otro lado, las organizaciones suelen ser muy rígidas, lo que dificulta la adaptación de las agendas. Estas deben planificarse con mucha antelación, lo que impide reaccionar con rapidez ante cambios o necesidades emergentes. Todo esto afecta de manera significativa a la eficiencia de nuestro trabajo.

Elaboramos una serie de propuestas que, seguramente, serán objeto de debate en esta jornada. Una de ellas, como era de esperar, fue la implementación de sistemas de inteligencia artificial que puedan ayudarnos en tareas como la definición clara de roles y la delegación de funciones.

En este contexto, surgió la discusión sobre la enfermería de práctica avanzada, un tema que generó opiniones divergentes, pero igualmente interesantes. También se planteó la telemedicina, evaluando hasta qué punto puede contribuir a gestionar la carga de trabajo y cómo debería computarse como parte del desempeño profesional.

Se propuso además desarrollar protocolos estandarizados y listas de verificación que promuevan una mayor homogeneidad y eficiencia en el uso del tiempo. En paralelo, se subrayó la necesidad de seguir impulsando la formación continuada y la mejora de competencias, no solo en áreas específicas como la hepatología o la endoscopia, sino también en competencias transversales que aporten valor a nuestro trabajo diario.

Finalmente, se abordó uno de los mayores retos: cómo lograr que los servicios estén incentivados y motivados, especialmente considerando las herramientas de gestión de la motivación actualmente disponibles, que son bastante limitadas. Todos los que ocupamos cargos de responsabilidad sabemos lo importante que es motivar a nuestros equipos, pero el desafío radica en encontrar maneras efectivas de hacerlo.

Hoy vamos a plantear otra pregunta interactiva antes de pasar a la presentación de las propuestas de recomendaciones y sugerencias de estudios y desarrollos. La pregunta es la siguiente: ¿Consideran que, en el marco del proyecto INNOVA Digestivo y en el contexto de los servicios de aparato digestivo, deberíamos desarrollar una actividad cooperativa enfocada en la formación, el intercambio de experiencias y la investigación en el uso de herramientas basadas en inteligencia artificial para optimizar el desempeño médico?

La respuesta es rotunda: la mayoría, un 95% en el momento de la votación, considera que la inteligencia artificial debe implementarse en los servicios de aparato digestivo. Esta cifra, cercana al consenso total, refleja un reconocimiento generalizado de que la inteligencia artificial no solo beneficiará a nuestra especialidad, sino también a la medicina en general.

Sin embargo, aunque estamos de acuerdo en su importancia, es fundamental saber cómo usarla correctamente. Actualmente, muchos de nosotros todavía estamos en una etapa inicial en su manejo práctico, lo que evidencia la necesidad de mejorar nuestras competencias en esta área. Además, el desarrollo y la integración efectiva de estas herramientas requieren un trabajo significativo por delante, lo cual representa un desafío clave para nosotros en este momento.

En resumen, la mejora del equilibrio entre la creciente demanda asistencial por parte de la población y los recursos humanos disponibles será un desafío clave. Abordarlo requerirá tanto investigación como una gestión óptima del tiempo dedicado al desempeño médico.

Presentación de las recomendaciones y propuestas

Como recomendaciones, el grupo concluyó que sería fundamental establecer una red nacional de investigación y aprendizaje cooperativo. Además, se subrayó la importancia de buscar estrategias innovadoras que permitan optimizar el desempeño médico y la gestión de los recursos humanos (figura 1).

Ampliando esta propuesta de una red nacional, el objetivo sería fomentar el intercambio de datos y experiencias, promoviendo una colaboración estratégica entre los diferentes servicios. Esta red no solo incluiría a especialistas médicos, sino que también integraría a otros recursos humanos clave en los hospitales, adoptando un enfoque multidisciplinar.

Además, se destacó la necesidad de combinar este esfuerzo con herramientas tecnológicas que faciliten tanto la comunicación como el análisis, optimizando así la colaboración y la toma de decisiones.

En cuanto a las estrategias innovadoras, el objetivo final es optimizar nuestro tiempo, dedicándolo a lo que realmente sabemos hacer: ejercer la medicina, y no a tareas ajenas que nos alejan del paciente, con formación continuada, introduciendo nuevas tecnologías, desarrollando protocolos que nos permitan volver a centrar nuestra labor en la atención directa al paciente, con una relación más humana, mirándolo a los ojos en lugar de a la pantalla del ordenador. E integrar herramientas tecnológicas que nos ayuden en todo eso.

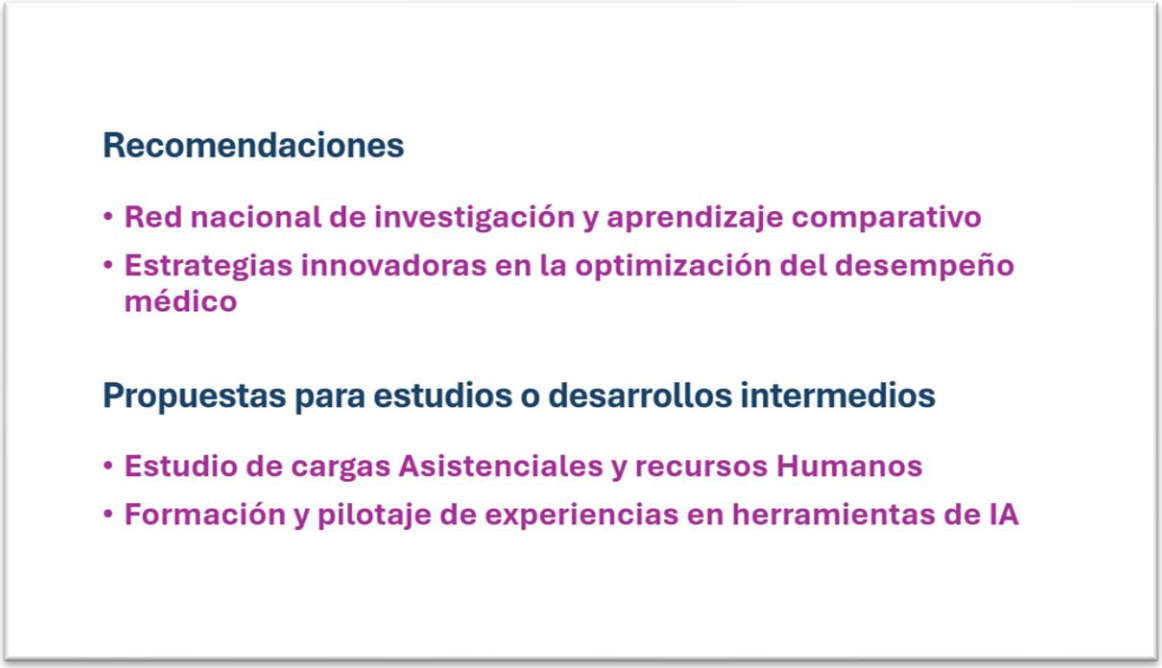

Figura 1. Propuestas de recomendaciones y para estudios y desarrollos presentadas en esta ponencia para una votación estimativa seguida de debate.

En cuanto a las propuestas de estudios o desarrollos intermedios (figura 1), se planteó la realización de un estudio sobre cargas asistenciales y recursos humanos. Este análisis resulta fundamental para comprender el contexto y abordar las necesidades de manera adecuada.

Asimismo, se sugirió la formación y el pilotaje de herramientas de inteligencia artificial en nuestra especialidad. Existen avances significativos en este ámbito, especialmente en endoscopia, donde algunas empresas ya trabajan con tecnologías innovadoras. Es probable que algunos de los presentes hayan tenido ya contacto con proyectos piloto relacionados con estas herramientas. Sin embargo, el potencial de la inteligencia artificial no se limita únicamente a la endoscopia o al análisis de imágenes, sino que puede aplicarse en diversos ámbitos dentro de nuestra especialidad.

Para abordar el primer punto, proponemos realizar un estudio detallado que analice las cargas asistenciales de todos los servicios. Este estudio permitirá comparar estas cargas con los recursos humanos disponibles, identificando la variabilidad entre hospitales, niveles hospitalarios y comunidades autónomas. Además, se enfocará en perfiles específicos que puedan tener necesidades concretas, como hepatología, endoscopia avanzada, enfermedad inflamatoria o páncreas.

El objetivo principal es identificar desequilibrios y áreas críticas con alta demanda para desarrollar estrategias que permitan una redistribución de recursos más sostenible y equitativa, beneficiando a todos los servicios de manera justa.

En cuanto a la formación y el pilotaje de herramientas de inteligencia artificial, la propuesta se centra en desarrollar actividades formativas que faciliten su integración en nuestros servicios. Esto incluiría talleres prácticos y pruebas piloto de estas tecnologías en distintas áreas, como las fases administrativas y la transcripción clínica.

Un ejemplo destacado es un proyecto ya implementado en algunos hospitales de Estados Unidos. En este modelo, el médico interactúa directamente con el paciente mientras la inteligencia artificial registra la consulta en tiempo real, generando automáticamente la historia clínica con recomendaciones incluidas. Este enfoque es revolucionario, ya que permite al médico enfocarse completamente en el paciente, realizar la exploración y, posteriormente, solo revisar y ajustar el informe generado.

El objetivo sería capacitar a los profesionales para usar estas herramientas y demostrar el impacto positivo que pueden tener. Es fundamental enfatizar que la inteligencia artificial no busca sustituirnos, sino ayudarnos a ser mejores médicos y a dedicar más tiempo a lo que realmente importa: el paciente.

Adecuación profesional al desempeño: incorporación, desarrollo profesional y gestión de la motivación y de la eficiencia. Puntos clave y presentación de propuestas y recomendaciones.

Ángel Caunedo Álvarez

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

RESUMEN

La presentación de Ángel Caunedo en la segunda jornada del proyecto INNOVA Digestivo abordó los aspectos clave de la adecuación profesional al desempeño en los servicios de aparato digestivo, estructurando su análisis en tres ámbitos interrelacionados: la incorporación y retención de talento, el desarrollo profesional continuo, y la gestión de la motivación como factor de eficiencia organizativa. Tras una breve recapitulación de los contenidos ya tratados en la jornada anterior, la exposición se centró en introducir propuestas concretas que serían sometidas a votación estimativa.

En relación con la incorporación de profesionales, se subrayó la falta de autonomía de los servicios en la contratación de personal y la rigidez del modelo laboral vigente. Se denunció la ausencia de desarrollo efectivo de instrumentos previstos en la legislación sanitaria, como las áreas de capacitación específica o los diplomas de acreditación avanzada. Esta situación, unida a la limitada capacidad de los equipos para influir en los criterios de selección, compromete la posibilidad de retener facultativos con alto potencial y de captar talento externo con perfiles diferenciados.

En cuanto al desarrollo profesional y continuo, se destacó la necesidad de construir trayectorias estructuradas más allá de la formación MIR. Se propuso articular un sistema que integre mecanismos voluntarios de certificación de excelencia, evaluación de competencias, y reconocimiento institucional de méritos, con implicación directa de las sociedades científicas y los jefes de servicio. Se citaron como herramientas ya existentes el examen europeo de la especialidad y el modelo de recertificación impulsado por FACME, aunque se planteó que el modelo debería ampliarse y adaptarse a las características específicas de la especialidad.

Respecto a la motivación y la eficiencia, se identificaron como elementos esenciales la estabilidad contractual, la carrera profesional y el reconocimiento formal. Se propuso crear programas formativos dirigidos a líderes clínicos, centrados en el desarrollo de competencias en liderazgo motivacional, gestión de equipos y optimización de recursos. Esta propuesta fue sometida a votación interactiva y obtuvo un apoyo casi unánime por parte de los asistentes.

La segunda parte de la ponencia introdujo formalmente las recomendaciones y propuestas sometidas a votación estimativa. Entre ellas, se incluyó el diseño de etapas formales de desarrollo profesional, el establecimiento de procesos de certificación de competencias específicas y el impulso del reconocimiento institucional de estos méritos. También se propuso realizar un análisis riguroso sobre las necesidades de especialización avanzada, liderado por los jefes de servicio, y presentar los resultados ante la Comisión Nacional de la Especialidad.

En esta misma línea, se formuló una recomendación específica para establecer programas formativos dirigidos a los jefes de servicio, centrados en la gestión de la motivación y la eficiencia de los equipos. Estos programas deberían incluir contenidos sobre liderazgo motivacional, trabajo en equipo, y herramientas para la optimización del tiempo y los recursos, con el objetivo de fortalecer el compromiso profesional y mejorar el desempeño organizativo.

Finalmente, se destacó la necesidad de incorporar estructuralmente la docencia y la investigación como funciones consustanciales al desempeño profesional. Para ello, se propuso crear un grupo de trabajo que fundamente su inclusión en la planificación y gestión de los recursos humanos. La ponencia concluyó reafirmando que solo una visión integral que combine incorporación, desarrollo y motivación permitirá garantizar la calidad, la equidad y la eficiencia en los servicios de aparato digestivo.

PONENCIA

Continuando con este formato de breve resumen de lo expuesto en la jornada anterior, pasaremos ahora a abordar otro de los ámbitos tratados: la adecuación profesional al desempeño. En esta ocasión, nos centraremos en la incorporación de profesionales, el desarrollo profesional continuo y la gestión de la motivación y la eficiencia.

Seguimos el mismo esquema que en la presentación anterior. Recordaremos los puntos clave, estableceremos las principales conclusiones de la ponencia previa y plantearemos tanto recomendaciones como propuestas concretas.

Puntos clave

En cuanto a los puntos clave, en la encuesta realizada previamente a la primera jornada, se identificaron una serie de problemas y retos. Entre los problemas, destacaron dos principales: la falta de autonomía en la gestión de los contratos, que generó un amplio debate en la jornada anterior, y las dificultades para captar talento especializado.

Además, se identificaron ocho retos adicionales estrechamente relacionados con estos dos problemas principales.

Los objetivos específicos de esta ponencia fueron, en primer lugar, revisar las dificultades relacionadas con la incorporación de profesionales y la retención de talento. Esto abarca todo el proceso, desde que un residente finaliza su período MIR hasta que accede a un concurso para plazas definitivas, siempre teniendo en cuenta el equilibrio entre la capacitación del profesional y las necesidades específicas de cada puesto.

Por otra parte, también nos propusimos analizar la situación actual en nuestro entorno en lo referente al desarrollo profesional y al desarrollo profesional continuo.

Finalmente, abordamos todo lo relacionado con la gestión de la motivación y su impacto en la eficiencia de nuestros equipos de trabajo.

En el primer aspecto, relacionado con la incorporación de profesionales y la retención de talento, identificamos rápidamente una serie de dificultades fundamentales, especialmente para cubrir plazas que requieren personal con habilidades avanzadas.

Por un lado, destacamos las restricciones del modelo laboral del Sistema Nacional de Salud, que opera bajo un esquema muy rígido, donde las mesas sectoriales y la influencia de los sindicatos tienen un peso considerable.

Por otro lado, se señaló la ausencia de desarrollo normativo efectivo de la Ley 44/2003, que regula el ordenamiento de profesiones sanitarias. Esta ley contempla áreas de capacitación específica y diplomas de acreditación y acreditación avanzada, pero, lamentablemente, más de 20 años después de su aprobación, estas iniciativas no se han implementado.

Este punto se relaciona con una de las propuestas mencionadas en la ponencia anterior: realizar un estudio de cargas asistenciales y recursos humanos. Las áreas de capacitación específica y los diplomas de acreditación también fueron motivo de discusión en la última ponencia, y hay material adicional disponible en el sitio web, que les invito a consultar.

En cuanto a la retención y captación de talento, abordamos cuestiones clave como:

- Cómo retener a los facultativos excelentes.
- Cómo garantizar que los residentes destacados se queden en el sistema.
- Y se analizaron posibles estrategias para atraer talento externo a nuestras instituciones.

En cuanto al desarrollo profesional y el desarrollo profesional continuo, definimos ambos conceptos y presentamos una serie de herramientas que pueden ayudar a implementar estas iniciativas de manera más estructurada.

En este sentido, mencionamos dos posibles herramientas a considerar:

1. El examen europeo de la especialidad, en gastroenterología y hepatología.
2. La recertificación, un modelo desarrollado de forma conjunta por las sociedades científicas integradas en la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME).

Aunque estas dos herramientas son relevantes, no son las únicas opciones disponibles para fomentar el desarrollo profesional en nuestra especialidad.

En este contexto, se planteó a la audiencia si consideraban oportuno que la sociedad científica impulsara, por iniciativa propia, medidas para fomentar el desarrollo profesional y el desarrollo profesional continuo.

La respuesta fue bastante favorable: aproximadamente dos tercios de los asistentes se mostraron a favor de que se tomaran medidas concretas para impulsar este desarrollo, especialmente en el ámbito regional.

En este sentido, planteamos varias posibilidades que podrían desarrollarse. No solo hablamos de la recertificación, sino también de la creación de un modelo de certificación de excelencia voluntaria, diseñado específicamente para los residentes que finalicen su formación en aparato digestivo. Este modelo podría basarse en la evaluación de un currículum, una trayectoria formativa destacada y la realización de un examen clínico objetivo.

Otra posibilidad sería insistir a la administración sanitaria en el desarrollo, de una vez por todas, de la normativa sobre áreas de capacitación específica, tal como se establece en la Ley 44/2003.

Además, se podría iniciar un proceso de certificación de competencias específicas y seguir promoviendo el mencionado certificado europeo, entre otras iniciativas.

Al abordar el tema de la gestión de la motivación, presentamos varios fundamentos clave para fomentar un entorno laboral más comprometido y eficiente:

1. Estabilidad laboral: Resaltamos la importancia de contar con contratos estables, ya que son esenciales para garantizar la continuidad y satisfacción de los profesionales.
2. Remuneración económica: Hicimos hincapié no solo en el salario base, sino también en la relevancia de los complementos económicos y el reconocimiento profesional mediante una carrera profesional formal. Mencionamos que, aunque algunas comunidades autónomas han implementado iniciativas aisladas, actualmente no existe un sistema de carrera profesional articulado a nivel nacional.
3. Otras estrategias clave: También discutimos posibles medidas adicionales que podrían contribuir a mejorar la motivación y el compromiso dentro de los equipos profesionales.

En este sentido, planteamos a la audiencia si consideraban oportuno tomar alguna iniciativa para impulsar estrategias relacionadas con la gestión de la motivación. Concretamente, mencionamos la posibilidad de organizar formación específica dirigida a los líderes de los equipos, principalmente jefes de servicio, con el objetivo de capacitarlos en la gestión de la motivación y en estrategias relacionadas con la eficiencia.

La respuesta fue contundente: prácticamente el cien por cien de los asistentes se mostró favorable a la organización y recepción de este tipo de formación enfocada en la motivación de equipos.

En cuanto a conclusiones, en primer lugar, destacamos que la adecuación profesional al desempeño es un proceso integral que abarca tres esferas fundamentales: la incorporación, el desarrollo continuo y la gestión de la motivación de los profesionales.

Estos tres pilares son esenciales para garantizar que los servicios puedan ofrecer una atención de calidad y, al mismo tiempo, responder de manera efectiva a los cambios y desafíos que enfrenta el sistema de salud.

Presentación de las recomendaciones y propuestas

Pasamos ahora a la parte más nuclear de esta presentación, que consiste en compartir con ustedes algunas de las recomendaciones y propuestas que hemos considerado a lo largo de este análisis (figura 1)

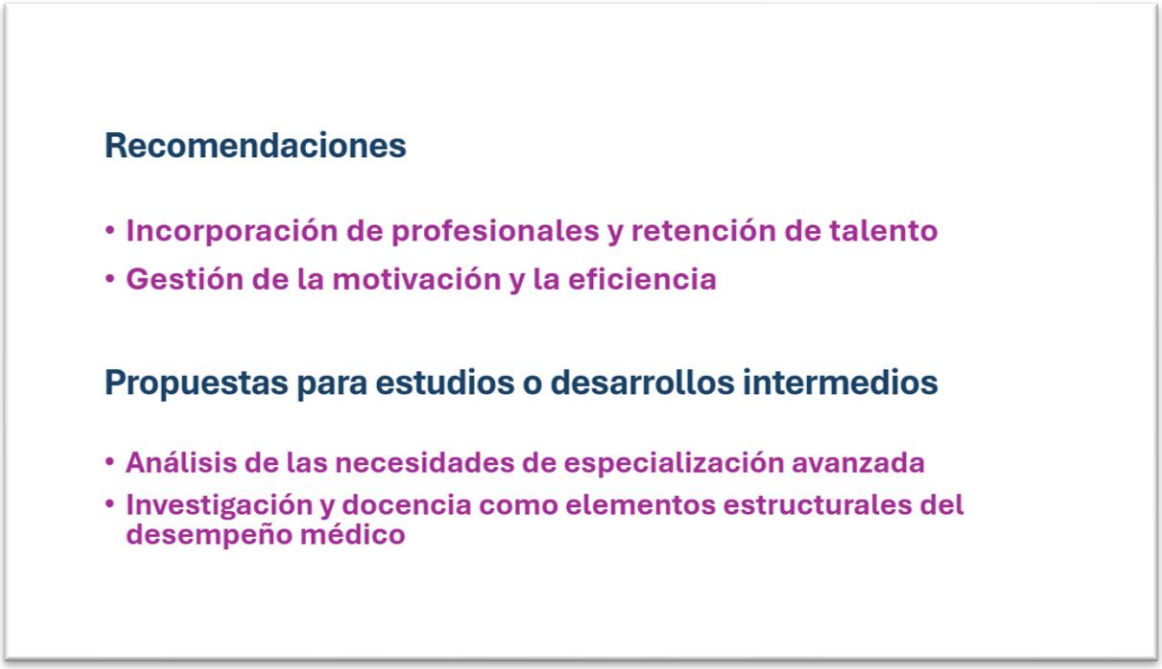

Figura 1. Propuestas de recomendaciones y para estudios y desarrollos presentadas en esta ponencia para una votación estimativa seguida de debate.

En lo referente a la incorporación de profesionales y la retención de talento, la primera recomendación es el diseño de etapas formales de formación y el desarrollo de un proceso específico de certificación de competencias en nuestra especialidad.

Esto implicaría llevar a cabo una reflexión estratégica, liderada por los jefes de servicio y en colaboración con la sociedad científica, que permita diseñar e implementar etapas formales de desarrollo profesional y desarrollo profesional continuo. Además, se propone establecer procesos de certificación de competencias específicas.

El objetivo de estos diseños es doble: por un lado, mejorar la capacitación profesional, y por otro, instar a la autoridad sanitaria a reconocer formal e institucionalmente estos méritos, para que sean tenidos en cuenta en los procesos de selección. Todo ello debe realizarse asegurando estándares de excelencia y equidad en los servicios.

Otra propuesta concreta es el análisis de las necesidades de especialización avanzada. Este análisis se enfocaría en la implementación de áreas de capacitación específica o diplomas de acreditación y acreditación avanzada.

Este proceso debe ser riguroso, transparente y estar liderado por los jefes de servicio, en estrecha colaboración con las sociedades científicas. Este análisis debería basarse en las necesidades identificadas en el estudio de cargas asistenciales y recursos humanos comentado anteriormente.

El objetivo sería proporcionar información detallada sobre los perfiles de especialización prioritarios, como endoscopia avanzada, patología, entre otros. Una vez completado este análisis, se presentaría a la Comisión Nacional de Especialidad como base para una propuesta sólida, la cual sería elevada a las autoridades sanitarias.

Los fines de esta propuesta serían:

1. Promover una planificación efectiva en la especialidad.
2. Lograr el reconocimiento formal e institucional de competencias avanzadas.

En cuanto a la motivación y la eficiencia, la recomendación se centra en el establecimiento de programas específicos de formación dirigidos a los líderes de los equipos, principalmente a los jefes de servicio. Tal como mencionamos antes, estos programas deberían enfocarse en la gestión de la motivación y en la mejora de la eficiencia dentro de los equipos profesionales.

Estos programas deberían abordar, entre otros aspectos:

- El manejo de herramientas y estrategias de liderazgo motivacional.
- La promoción del trabajo en equipo.
- La optimización del tiempo y los recursos.

El objetivo final es fomentar un entorno laboral que impulse el compromiso, la excelencia y la productividad en nuestros servicios.

Por último, en la jornada anterior se mencionaron aspectos relacionados con la investigación y la docencia como elementos estructurales del desempeño profesional. Aunque no se pudieron desarrollar en profundidad por cuestiones de tiempo, quedó claro que estos componentes son considerados por todos como partes esenciales de nuestro trabajo, junto con la asistencia.

El reto fundamental consiste en integrar la investigación y la docencia como funciones estructurales de la actividad profesional cotidiana, asignándoles recursos y tiempo dentro de nuestras actividades profesionales.

La propuesta concreta consiste en crear un grupo de trabajo que sustente la necesidad de que la docencia y la investigación sean actividades consustanciales al ejercicio profesional. Este grupo debería fundamentar su inclusión en la planificación y gestión de los recursos humanos, asegurando que formen parte integral de nuestra práctica diaria.

Los recursos humanos en la gestión de los procesos de alta prevalencia y/o complejidad. Puntos clave y presentación de propuestas y recomendaciones.

Miguel Jiménez Pérez

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Regional Universitario de Málaga.

RESUMEN

La presentación de Miguel Jiménez en la segunda jornada del proyecto INNOVA Digestivo retomó los principales elementos tratados en la ponencia previa sobre la gestión eficiente de los recursos humanos en procesos de alta prevalencia y/o complejidad, y formuló propuestas orientadas a la mejora organizativa y asistencial en los servicios de aparato digestivo. El foco se situó en cómo organizar los equipos y procesos para dar respuesta eficaz a una demanda creciente y sostenida, sin comprometer la calidad de la atención.

La exposición partió de los resultados de las encuestas previas, en las que se identificaron como problemas prioritarios la escasez de personal de enfermería y la falta de una coordinación efectiva de este colectivo. Entre los retos, se destacaron la necesidad de integrar a la enfermería en los equipos con mayor protagonismo y de impulsar modelos asistenciales centrados en el valor, apoyados por unidades monográficas multidisciplinares y una mejor colaboración entre niveles asistenciales.

Se desarrollaron cuatro grandes bloques de análisis. En primer lugar, se abordó la necesidad de transitar hacia modelos asistenciales centrados en el paciente, enfocados en generar valor real en salud y con una atención más personalizada, eficiente y orientada a resultados. En segundo lugar, se analizó el papel de la enfermería, proponiendo su capacitación en técnicas avanzadas, su implicación en educación y seguimiento de pacientes, y la creación de figuras como la enfermera gestora de casos en patologías crónicas de alta demanda.

En tercer lugar, se expuso la utilidad de las unidades monográficas multidisciplinares para la atención de patologías complejas. Se propuso que estas unidades cuenten con procesos de certificación impulsados por sociedades científicas, como garantía de calidad, eficiencia y estandarización. En cuarto lugar, se enfatizó la necesidad de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales mediante protocolos compartidos, canales de comunicación eficaces, equipos interdisciplinares y el uso de tecnologías como la telemedicina.

La presentación subrayó también la importancia de contar con procesos administrativos eficaces. Se señaló que disponer de recursos humanos suficientes resulta ineficaz si no se acompaña de sistemas de gestión informatizados que automaticen tareas, reduzcan duplicidades y mejoren la operatividad de agendas y flujos de trabajo.

Tras esta revisión, se presentaron dos recomendaciones concretas sometidas a votación estimativa. La primera fue la creación de una escuela de gestión asistencial, promovida por la SEPD en colaboración con los jefes de servicio, orientada a capacitar en modelos basados en valor, optimización de procesos, liderazgo clínico y estrategias innovadoras. La segunda fue la integración estructurada de la enfermería en los servicios de aparato digestivo, mediante formación específica, definición de funciones en equipos multidisciplinares y colaboración con las sociedades científicas del área.

PONENCIA

Puntos clave

En esta última parte de la jornada, continuamos con la exposición dedicada a repasar algunos de los temas tratados en la jornada anterior. En esta ocasión, haré un resumen de lo abordado en la ponencia sobre la gestión eficiente de los recursos humanos y la gestión de los procesos de alta frecuentación y/o complejidad.

Siguiendo la misma estructura de presentación utilizada anteriormente, mostramos aquí los resultados de las encuestas realizadas previamente a la elaboración de las ponencias. Estas encuestas nos permitieron identificar y destacar los problemas y retos más relevantes.

Entre los problemas, se resaltó la falta de personal de enfermería y la ausencia de coordinación adecuada de este colectivo, lo que obtuvo una priorización de 3,9 sobre 5.

En cuanto a los retos, se valoró el potencial de la enfermería de práctica avanzada dentro de los servicios, así como la creación de modelos y unidades multidisciplinares para mejorar la atención y coordinación en los equipos.

El objetivo de la ponencia fue optimizar el desempeño profesional en la gestión de procesos de alta frecuentación y complejidad. Para ello, se trabajó en varios puntos clave:

1. Modelos asistenciales orientados a la generación de valor.
2. Integración de la enfermería en los procesos asistenciales.
3. Creación de unidades monográficas multidisciplinares.
4. Colaboración entre los diferentes niveles asistenciales.

Finalmente, se identificaron las principales limitaciones y se propusieron posibles soluciones para un abordaje eficaz de estos problemas.

En primer lugar, se valoró la necesidad de un cambio en el modelo asistencial clásico, dirigiéndolo hacia un enfoque en el que el paciente sea el centro del sistema. Esto implica considerar la visión y opinión de los pacientes, así como sus expectativas hacia los servicios que ofrecemos.

Este enfoque, conocido como proceso asistencial centrado en la generación de valor en salud, busca abordar las necesidades del paciente de manera individualizada, personalizada y bajo un control adecuado. El objetivo es ofrecer una atención que no solo sea eficiente, sino que también aporte valor real a la salud del paciente.

Otro de los aspectos abordados fue el papel de la enfermería en la gestión de procesos de alta complejidad y demanda. Se discutió ampliamente el papel que la enfermería debería desempeñar, destacando puntos clave como:

1. Ampliación de competencias: La necesidad de dotar a la enfermería de una formación específica en técnicas y procedimientos avanzados.

2. Participación: La importancia de involucrar a la enfermería en la toma de decisiones y en el liderazgo de proyectos relacionados con la educación y el seguimiento de pacientes.
3. Gestión de casos: El establecimiento de la figura de la gestora de casos para procesos crónicos de alta demanda y frecuentación.

Durante la presentación, se planteó una encuesta para recoger opiniones sobre el papel que debería desempeñar la enfermería en los procesos asistenciales. Los resultados mostraron que más de la mitad de los participantes estaban de acuerdo o completamente de acuerdo con una mayor implicación de la enfermería. Sin embargo, alrededor de un 12% de los encuestados expresó desacuerdo o total desacuerdo, mientras que otro 12% se mostró neutral.

En conjunto, aproximadamente el 75 % de los participantes manifestó algún grado de acuerdo, aunque con matices. Este tema generó un interesante debate sobre las capacidades y el alcance del rol de la enfermería en el contexto asistencial.

Por otro lado, se discutió la necesidad de crear unidades monográficas multidisciplinares y el papel fundamental que estas pueden desempeñar en la gestión de procesos complejos y de alta demanda.

Se destacó la importancia de establecer procesos de certificación para estas unidades, liderados y avalados por las principales asociaciones científicas. Este aspecto se consideró un pilar clave para apoyar la gestión eficiente de estos procesos y garantizar estándares de calidad y excelencia en su funcionamiento.

Otro de los puntos clave abordados fue la colaboración entre los distintos niveles asistenciales. Este aspecto se planteó como una necesidad fundamental para mejorar la coordinación y eficiencia en la atención sanitaria.

Entre las estrategias propuestas destacaron:

1. Mejora de la comunicación: Implementar sistemas de comunicación efectivos entre los diferentes niveles asistenciales, incluyendo atención primaria y hospitales de distintos niveles.
2. Desarrollo de protocolos conjuntos: Establecer protocolos compartidos para la derivación de pacientes.
3. Equipos multidisciplinares: Fomentar la creación de equipos que integren profesionales de distintos niveles asistenciales.
4. Uso de nuevas tecnologías: Incorporar herramientas como la telemedicina para mejorar la interacción entre niveles y con los pacientes.
5. Programas de formación conjunta: Desarrollar iniciativas de formación que incluyan a profesionales de todos los niveles asistenciales.

El objetivo de estas estrategias es garantizar la continuidad asistencial, reducir duplicidades en pruebas y procedimientos, optimizar los tiempos de espera y la gestión de citas, y, en última instancia, mejorar la satisfacción del paciente.

En definitiva, la gestión de estos procesos se sustenta en varios puntos clave:

1. Colaboración interdisciplinar e interinstitucional: Es fundamental para garantizar una atención integrada y coordinada.
2. Formación continua y motivación del personal: Aspectos esenciales para mantener equipos capacitados y comprometidos.
3. Uso de tecnologías avanzadas: Herramientas como la telemedicina y los sistemas de gestión informatizados son pilares fundamentales para optimizar los procesos.

Un aspecto adicional que merece destacarse es la mejora de los procesos administrativos. De poco sirve disponer de abundantes recursos humanos y materiales si no contamos con sistemas administrativos eficientes que permitan gestionarlos adecuadamente.

En este sentido, es crucial implementar programas y sistemas informáticos que automaticen tareas burocráticas, agilicen procesos y reduzcan duplicidades en citas y procedimientos. Unos sistemas administrativos robustos son clave para garantizar la eficiencia operativa y el éxito de cualquier estrategia de gestión de recursos y procesos.

En definitiva, la gestión eficiente de los recursos humanos en procesos de alta complejidad y demanda requiere la implementación de modelos centrados en el paciente. Estos modelos deben estar orientados a generar valor en salud, asegurando que el paciente perciba y valore realmente las mejoras en su atención, convirtiéndose en el verdadero receptor de las soluciones que demanda.

Además, resulta fundamental integrar de manera efectiva a la enfermería en los equipos, fomentar la creación de unidades monográficas especializadas y mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales. Estos aspectos se posicionan como pilares esenciales para abordar con éxito los retos de estos procesos.

Presentación de las recomendaciones y propuestas

A partir de este análisis, se han propuesto dos recomendaciones principales:

1. Creación de una escuela de gestión de atención sanitaria: Una iniciativa centrada en modelos basados en la generación de valor y en la optimización de procesos asistenciales.
2. Integración de la enfermería en la atención sanitaria especializada en Digestivo: Este enfoque busca fortalecer el papel de la enfermería en los servicios especializados, promoviendo su participación activa y efectiva en los equipos de trabajo.

Como primera recomendación, se propone la creación de una escuela de gestión, coordinada por la SEPD en colaboración con los jefes de servicio, con el objetivo de mejorar la atención sanitaria.

El eje fundamental de esta escuela sería centrarse en un modelo asistencial basado en la generación de valor en salud. Esto implicaría la capacitación en estrategias innovadoras, la estandarización de prácticas y el fortalecimiento de competencias de los profesionales, con el propósito de garantizar una atención más eficiente y centrada en el paciente.

La segunda recomendación que surgió de esta ponencia se centra en la integración de la enfermería en la atención sanitaria especializada en Digestivo. Esto implica, en primer lugar, fomentar la capacitación específica del personal de enfermería en procesos digestivos y

técnicas avanzadas, incluyendo el papel de la enfermería de práctica avanzada en áreas como la endoscopia y otras subespecialidades.

También se subrayó la importancia de fortalecer sus competencias en los equipos multidisciplinarios y su participación activa en la toma de decisiones. Además, se enfatizó la necesidad de colaborar estrechamente con las sociedades científicas de enfermería para garantizar un enfoque coordinado y efectivo.

Durante el debate, surgieron puntos adicionales sobre este tema, incluyendo la necesidad de definir cuidadosamente qué capacitaciones se otorgarán a la enfermería. Es fundamental evitar que estas formaciones resten competencias al personal médico. En su lugar, se debe buscar un equilibrio que permita una complementación efectiva entre ambos colectivos, asegurando un enfoque integral del paciente y una atención más eficiente.

Resultados de la votación estimativa de las propuestas y recomendaciones en el área temática de "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos"

Fernando Carballo Álvarez

Coordinador ejecutivo de INNOVA Digestivo.

RESUMEN

En este apartado se presentan los resultados de las votaciones estimativas realizadas durante la segunda jornada presencial del proyecto INNOVA Digestivo sobre las recomendaciones y propuestas de estudio y desarrollo formuladas en el área temática de recursos humanos. Todas ellas superaron el umbral mínimo establecido para pasar a la siguiente fase del proyecto, aunque con distinto grado de apoyo.

Cuatro recomendaciones obtuvieron un respaldo especialmente alto: optimización del desempeño médico, incorporación de profesionales, gestión de la motivación, e integración de la enfermería. Otras dos —la creación de una red nacional de investigación y la de una escuela de gestión basada en valor— también fueron apoyadas, pero mostraron mayores niveles de neutralidad o disenso.

Todas las propuestas de desarrollo recibieron un respaldo suficiente, destacando el estudio de cargas asistenciales y recursos humanos. En algunos casos, se detectó una proporción significativa de votos neutros o desfavorables, que deberá ser objeto de revisión en la siguiente fase.

Esta fase final, precedida de un nuevo en un debate estructurado, consiste en la formulación definitiva y votación de estas recomendaciones y propuestas por parte de todos los investigadores de INNOVA Digestivo.

RESULTADO DE LAS VOTACIONES ESTIMATIVAS

En este apartado se presentan los resultados de las votaciones estimativas realizadas durante la segunda jornada presencial del proyecto INNOVA Digestivo, relativas a las recomendaciones y propuestas de estudio y desarrollo elaboradas en el área temática de "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos". Estas formulaciones iniciales fueron presentadas, debatidas y votadas por los asistentes, con el propósito de valorar su grado de aceptación y determinar cuáles deberían pasar a la siguiente fase de trabajo.

De acuerdo con la metodología general del proyecto (1), la votación se realizó mediante herramienta interactiva, utilizando una escala de tipo Likert con cinco opciones, adaptadas según se tratase de recomendaciones (valoración de acuerdo) o de propuestas (valoración de opinión favorable). Los resultados, por tanto, no constituyen la votación final, sino una estimación orientativa que será completada en una segunda fase.

Resultados por recomendación

Se votaron seis recomendaciones (figura 1).

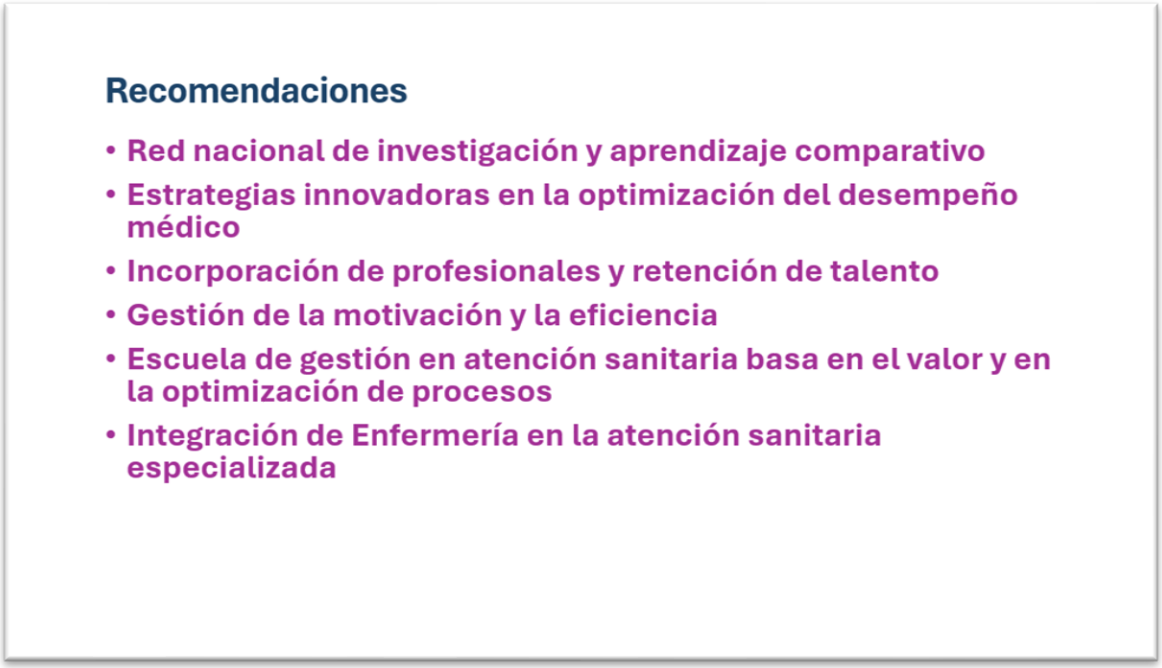

Figura 1. Recomendaciones sometidas a votación estimativa en la segunda jornada del proyecto INNOVA Digestivo en el área temática de "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos".

En el caso de la recomendación para la creación de una red nacional de investigación y aprendizaje comparativo, el apoyo fue mayoritario (78,9 %), pero un 13,2 % de los votantes se manifestó en completo desacuerdo, lo que sugiere la conveniencia de explorar las causas de este rechazo antes de avanzar en su desarrollo final.

La recomendación sobre estrategias innovadoras para optimizar el desempeño médico obtuvo un apoyo del 90,2 %, sin ningún voto negativo y con una media de 4,39 sobre 5. La desviación estándar fue baja (0,67), lo que refleja un alto grado de consenso.

La recomendación relativa a la incorporación de profesionales y la retención de talento fue respaldada por un 92,3 % de los participantes, con una media de 4,21 y desviación estándar de 0,58, confirmando un apoyo sólido y homogéneo.

La propuesta de formación en liderazgo motivacional y gestión de la eficiencia, dirigida a los jefes de servicio, alcanzó un 92,5 % de apoyo, con media de 4,38, mediana de 5,0 y una dispersión baja (0,78), lo que señala una fuerte y clara aceptación.

Por su parte, la recomendación que propone una escuela de gestión asistencial basada en valor recibió un 66,7 % de apoyo, pero con un notable porcentaje de votos neutros (26,2 %) y una media de 3,90. Aunque supera el umbral mínimo de aceptación, la amplitud del voto neutral y la dispersión (desviación estándar 1,01) sugieren la necesidad de clarificar y precisar mejor su alcance en la fase siguiente.

La recomendación sobre la integración de la enfermería en los servicios especializados obtuvo también un apoyo elevado (86,1 %), con una media de 4,30, aunque con una pequeña fracción de votos neutros (9,3 %) y en desacuerdo (4,6 %), que podrían requerir análisis adicional.

Resultados por propuesta de estudio o desarrollo

En el caso de las propuestas de estudio o desarrollo se votaron cuatro (figura 2)

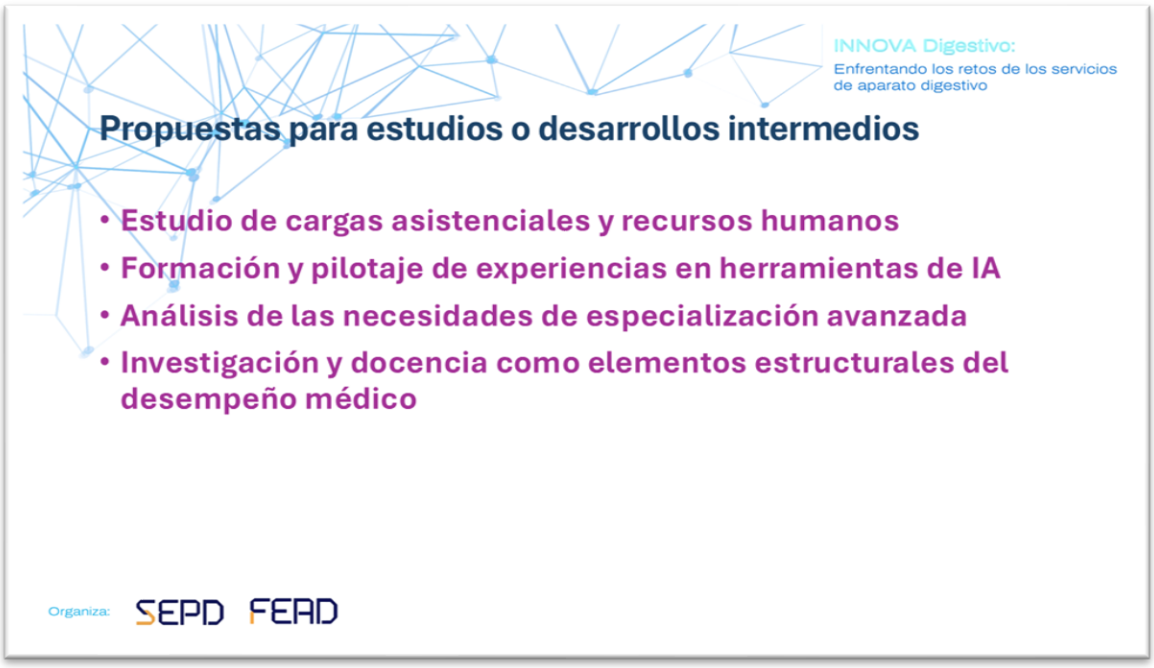

Figura 2. Propuestas de estudios o desarrollos intermedios sometidas a votación estimativa en la segunda jornada de INNOVA Digestivo en el área temática de "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos.

La propuesta de realizar un estudio de cargas asistenciales y recursos humanos fue la más respaldada, con un 93 % de apoyo, una media de 4,60 y muy baja dispersión (0,52), cumpliendo holgadamente los criterios para su paso a la siguiente etapa y la eventual creación de un grupo de trabajo.

La propuesta para impulsar formación y experiencias piloto con herramientas de inteligencia artificial recibió un 76,7 % de apoyo, con una media de 3,91. Si bien el respaldo es suficiente, se detectaron votos neutros (14 %) y negativos (9 %), por lo que en la siguiente fase se deberá clarificar el planteamiento para reforzar el consenso.

La propuesta sobre el análisis de necesidades de especialización avanzada obtuvo también un apoyo estimativo favorable (76,7 %), con media de 3,93. Sin embargo, el voto neutral alcanzó el 18,6 %, por lo que también aquí se aconseja ajustar la formulación final para reforzar su solidez.

Por último, la propuesta para fundamentar la integración estructural de la investigación y la docencia en la planificación de recursos humanos fue respaldada por el 76,7 % de los votantes, con una media de 3,95, aunque con una distribución de opiniones similar a la de las anteriores. Su paso a la siguiente fase se considera viable, pero requerirá afinar su justificación y alcance.

Conclusiones

En conjunto, todas las recomendaciones y propuestas superaron el umbral estimativo establecido para pasar a la siguiente etapa de trabajo, lo que refleja un respaldo amplio del grupo de asistentes a la jornada.

No obstante, algunas de ellas presentan niveles de neutralidad o disenso que aconsejan revisar sus formulaciones antes de la votación final. Esta tarea se llevará a cabo en una nueva fase de debate estructurado a través del sitio web del proyecto INNOVA Digestivo.

Las formulaciones definitivas, junto con sus resultados de votación final y el orden de prioridad resultante, se presentan en la sección de esta monografía dedicada a la presentación del posicionamiento institucional de la SEPD dentro de esta área temática.

REFERENCIAS

1. Albillos Martínez A, Alberca de las Parras F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Grupo de investigadores de INNOVA Digestivo. Objetivos y metodología general del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025 [consultado 24 May 2025]. Disponible en: https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/OBJETIVOS%20Y%20METODOLOG%C3%8DA.pdf.

Debate

Celebrado tras las presentaciones y votación estimativa de las propuestas y recomendaciones derivadas del área temática "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos" realizadas por María Dolores Martín Arranz, Ángel Caunedo Álvarez y Miguel Jiménez Pérez

Participantes:

Fernando Alberca de las Parras. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

José Luis Calleja Panero. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Agustín Albillos Martínez. Presidente de la SEPD. Coordinador general de INNOVA. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Fernando Carballo Álvarez. Coordinador ejecutivo de INNOVA Digestivo.

Javier Crespo Martínez. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

María Dolores Martín Arranz. Hospital Universitario La Paz, Madrid

Guillermo Cacho Acosta. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

RESUMEN

El debate celebrado tras la presentación y votación estimativa de las propuestas y recomendaciones en el área de recursos humanos permitió profundizar en varios aspectos estratégicos. Moderado por Fernando Alberca y José Luis Calleja, contó con la participación de los principales investigadores y asistentes.

Se constató que el grado de acuerdo general sobre las recomendaciones fue elevado, aunque con matices. Agustín Albillos destacó que las recomendaciones más concretas y prácticas, como la formación en gestión de equipos y motivación, obtuvieron un nivel de consenso más alto que aquellas de carácter más general, como la creación de una red nacional de investigación. Fernando Alberca añadió que la participación en la votación fue progresivamente mayor a medida que avanzaba la sesión, sin que ello afectase a la validez de los resultados.

Una cuestión central fue la definición del proceso de priorización. Fernando Carballo explicó que las votaciones estimativas miden el acuerdo inicial, pero que el proceso de priorización final incorporará nuevas fases de debate a través del sitio web del proyecto, ajustes en la redacción de las recomendaciones y una segunda votación formal donde se evaluará tanto el grado de acuerdo como la relevancia de cada propuesta.

Durante el debate se abordaron también cuestiones relacionadas con el futuro de la especialidad. Javier Crespo planteó la preocupación por el posible excedente de especialistas en aparato digestivo en los próximos años, tema que fue ampliado por María Dolores Martín, quien recordó las proyecciones recogidas en informes oficiales. Se subrayó

la necesidad de planificar estratégicamente la formación de nuevos especialistas, evitando repetir situaciones de desempleo como las vividas en el pasado.

Guillermo Cacho introdujo la importancia de priorizar acciones prácticas dentro de los proyectos derivados del debate. Propuso focalizar esfuerzos en iniciativas concretas y medibles, como la aplicación de la inteligencia artificial para mejorar la codificación y registro de procedimientos endoscópicos, como vía para fortalecer la gestión clínica basada en datos reales.

Fernando Carballo matizó que en el enfoque metodológico del proyecto se distingue claramente entre recomendaciones —de naturaleza más general— y propuestas de estudio o desarrollo —de carácter operativo—, siendo estas últimas las que darán lugar a grupos de trabajo y acciones concretas. Se reafirmó la intención de permitir que múltiples iniciativas avancen de forma paralela, organizadas en equipos de interés específico.

El debate concluyó resaltando la necesidad de articular un proceso flexible pero riguroso de priorización y ejecución de proyectos, capaz de transformar las reflexiones estratégicas en resultados prácticos, en línea con los objetivos generales del proyecto INNOVA Digestivo.

DEBATE

Fernando Alberca

Quiero mencionar que, aunque ya hubo una discusión previa sobre estos temas en la sesión anterior, ahora contamos con una reflexión más madura y reposada, lo que nos permitirá abordar el debate con mayor profundidad.

Con esta introducción, damos paso al debate.

José Luis Calleja

¿Alguien desea comentar o plantear alguna cuestión sobre este punto?

Yo, Agustín, he observado que el grado de acuerdo en las recomendaciones presentadas ha sido bastante alto.

¿Alguien más quiere aportar algo sobre este punto?

Agustín Albillos

Sí, lo que he notado —aunque se trata de una impresión inicial y provisional— es que cuanto más concreta y práctica era la recomendación, mayor era el grado de acuerdo. Por ejemplo, en el caso de la red nacional de investigación, las respuestas en las categorías más altas de acuerdo (4 y 5) alcanzaron entre un 40% y 50%.

Sin embargo, la recomendación que obtuvo el nivel de acuerdo más bajo fue precisamente la de la red nacional de investigación, aunque no recuerdo ahora el título completo.

En cambio, cuando hablamos de formación en gestión de equipos, motivación y eficiencia —que es algo mucho más específico— el nivel de acuerdo fue altísimo. Sumando las respuestas de mayor puntuación, alcanzamos un 93% o 94%.

Fernando Alberca

Observé que en las primeras propuestas votó un número menor de participantes respecto a las últimas. Quizás al principio algunos todavía no estaban del todo preparados o no habían comenzado a participar activamente. Sin embargo, el porcentaje de acuerdo, ajustado al número total de participantes, sigue siendo válido.

¿Alguien quiere comentar algo sobre alguno de los puntos? Creo que es especialmente clave reflexionar sobre las últimas 5 o 6 diapositivas para tomar decisiones más fundamentadas.

¿Alguna aportación?

José Luis Calleja

Fernando, para entenderlo un poco mejor, ¿cómo se prioriza después?

Porque, claro, la mayoría de estas recomendaciones han sido votadas con un nivel de acuerdo bastante alto, como ha señalado Agustín. Sin embargo, es importante intentar establecer prioridades para decidir qué acciones se llevan a cabo primero.

Además, me ha sorprendido positivamente que la recomendación relacionada con la integración de la enfermería —que en la sesión anterior generó cierta controversia— haya obtenido un porcentaje muy alto de aceptación esta vez.

¿Podrías explicar un poco más sobre cómo se definirá esa priorización?

Fernando Carballo

Este es un proceso de consenso que debe desarrollarse de manera progresiva. Para evitar convertir esto en una interminable sucesión de reuniones, el proceso lo realizamos a través de estos debates y votaciones estimativas y además mediante nuestra herramienta de trabajo, es decir el sitio web, utilizando comentarios y versiones sucesivas de la redacción de cada recomendación, que se va puliendo poco a poco.

Una vez se tengan las recomendaciones adaptadas, mejoradas y optimizadas con las aportaciones de todos, pasaremos a la última etapa, que es la votación formal por parte de todos los investigadores.

En estas votaciones estimativas de hoy lo que hemos evaluado es el grado de acuerdo u opinión (según se trate de recomendaciones o propuestas de estudios y desarrollos). Este grado de acuerdo u opinión se expresa como el porcentaje de voto favorable (4 + 5 en la escala de 1 a 5). Además de este parámetro descriptivo utilizamos el promedio de las respuestas obtenidas que nos sirve para establecer el nivel de corte para aceptar la recomendación (> 3,4). Además, es importante la ausencia de dispersión, es decir, que no haya un grupo en desacuerdo y otro en total acuerdo. Queremos asegurarnos de que todos comprendan bien la recomendación y haya consenso.

En las votaciones finales por parte de todos los investigadores introduciremos además un criterio de priorización que es el de relevancia, calificando cada recomendación o propuesta en una escala de 1 a 5, desde "nada relevante" hasta "muy relevante".

Fernando Alberca

Quería aprovechar este momento para hacer un comentario. En la sala hay alrededor de 60 personas y también hay gente conectada en línea. Probablemente estamos representando a unos 40 y tantos hospitales.

Quiero mencionar el programa de calidad de la SEPD, en el que llevamos trabajando durante años y con el que estamos profundamente implicados, especialmente desde la Comisión de Calidad que dirige Dani. Este año, 22 hospitales se han sumado al programa, lo cual es una excelente noticia. Este proyecto nos permite compararnos entre nosotros y obtener datos fiables sobre lo que realmente está ocurriendo en nuestros servicios.

El objetivo es recopilar datos administrativos y, sobre todo, datos que reflejen la eficiencia de nuestros servicios a través de métricas comparativas. Quiero animaros a participar. Hemos simplificado mucho el proceso, gracias a un subgrupo dentro de la Comisión que se ha dedicado a reducir el número de preguntas y minimizar el impacto en términos de tiempo. No es tan complicado como parece; los datos se pueden obtener de la información que proporcionan los hospitales y de lo que nosotros mismos recabamos.

Cuantos más datos tengamos como grupo, mejor será la información que podremos utilizar para todo esto que estamos intentando gestionar. Así que os invito a uniros y participar.

Javier Crespo

Quiero hacer un comentario que, aunque no estoy seguro de en qué recomendación encajaría, creo que probablemente se relaciona con Recursos Humanos.

Me llama mucho la atención que no se haya planteado la necesidad de abordar el número de especialistas que decidimos formar. Disponemos de datos que indican que, en pocos años, podríamos enfrentarnos a un excedente de especialistas, lo cual nos llevaría a una situación muy indeseable que ya sufrimos hace muchos años.

No he visto que este tema se haya reflejado en las discusiones o recomendaciones hasta ahora. Quizás haya alguna razón para ello, pero considero que es un aspecto críticamente importante que no deberíamos pasar por alto.

Reconozco que es un tema delicado, pero precisamente por eso creo que merece nuestra atención.

Fernando Alberca

Mariló, Fernando, ¿queréis comentar algo sobre este tema?

De hecho, Mariló lo ha tratado específicamente en su intervención. Quizás podrías ampliar o aclarar cómo se ha abordado.

María Dolores Martín

No pasa nada, puedo aportar algo sobre este tema. Aunque no recuerdo exactamente los datos, existe un documento del Ministerio de Sanidad que analiza las necesidades futuras de todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Este documento aborda, entre otros aspectos, las proyecciones de necesidades a futuro.

Según ese informe, para el año 2035, con el sistema de formación MIR actual y la capacidad formativa de la red nacional, podríamos enfrentarnos a un excedente de especialistas en aparato digestivo. Por eso, una de las recomendaciones establecidas es no aumentar el número de residentes de digestivo en los próximos años.

A corto plazo, hasta aproximadamente el 2030, seguimos teniendo un déficit de especialistas. Este problema lo estamos viviendo todos: no hay suficiente personal para cubrir bajas o vacantes, y es una situación que afecta a la mayoría de los servicios. Sin embargo, mirando a un futuro no tan lejano —en torno a 10 años—, la situación cambia, y empezamos a tener más especialistas de los que realmente se necesitarán.

Esto plantea la necesidad de reflexionar y planificar. Tenemos una ventana de aproximadamente una década para evaluar cómo gestionar este crecimiento y adaptar la formación a las necesidades reales del sistema. Es un desafío importante que debemos abordar con cuidado.

Javier Crespo

Solo quería hacer un matiz. Según lo que he leído, no tenemos una década, sino únicamente unos 5 años antes de que comencemos a tener un excedente de especialistas. Para el 2030 ya se proyecta un superávit significativo, y para el 2035 esta situación será aún más evidente.

Es algo que debemos tener muy presente en nuestras discusiones y planificación.

Fernando Carballo

En la ponencia se concluyó que aumentar el número de plazas MIR no es una solución viable para el déficit actual de especialistas. En cualquier caso, esa responsabilidad recae en la Comisión Nacional de la Especialidad y en el Ministerio de Sanidad.

Está claro que formar más médicos para dentro de cinco años no resolverá el problema que enfrentamos ahora. Por lo tanto, no es algo que podamos ni debamos recomendar.

Lo que sí proponemos es realizar estudios para identificar los perfiles que serán necesarios en el futuro y definir cómo formar y capacitar mejor a los especialistas en aparato digestivo. Este enfoque sí puede trasladarse al ámbito del MIR, ya que nos permitirá ajustar la formación a las necesidades específicas de nuestra especialidad.

Es importante tener esto claro: incrementar el número de plazas MIR en este momento solo generaría un excedente de médicos que terminarían en situación de desempleo en unos años. No resolvería en absoluto el problema actual.

Estamos todos de acuerdo en que debemos centrarnos en soluciones que aborden las necesidades reales y futuras de manera estratégica.

Guillermo Cacho

Quería comentar algo sobre la impresión que me ha dado este proceso. La impresión general es que los distintos grupos de cuestiones planteadas configuran una lista de deseos muy extensa, lo que podría diluir las acciones prácticas que realmente podemos llevar a cabo.

Una vez que lleguemos a los consensos, quizá sería más útil decidir o priorizar 1 o 2 cuestiones prácticas de cada grupo y centrarnos en ejecutarlas. Por ejemplo, en el caso de

la inteligencia artificial aplicada a la gestión o los procesos administrativos, podríamos enfocarnos en un objetivo concreto.

Pongo como ejemplo la codificación de endoscopias —o como los expertos en inteligencia artificial prefieren llamarlo, clasificación—. Este enfoque nos permitiría obtener datos más precisos sobre lo que hacemos realmente. Actualmente, se nos mide por el número de gastroscopias o colonoscopias realizadas, pero la realidad es que cada procedimiento puede incluir múltiples intervenciones, como polipectomías o mucosectomías.

Si nos concentramos en resolver este objetivo específico primero, podríamos lograr avances tangibles. Una vez resuelto, podríamos pasar al siguiente punto de la lista, de forma progresiva y ordenada.

Fernando Alberca

Es la priorización que estamos comentando.

Fernando Carballo

Perdonad que intervenga tanto, pero creo que en esta fase es importante matizar. Es fundamental distinguir claramente entre recomendaciones y propuestas de estudios o desarrollos.

Las recomendaciones son, por definición, genéricas. Representan áreas de interés en las que los investigadores nos posicionamos recomendando que se consideren, pero nada más. Una vez consensuadas, se concluyen con un documento de posicionamiento, y ahí se termina su propósito.

Las propuestas, en cambio, son específicas y orientadas a la acción. Son aquellas que el grupo propone, además de todas las que queráis añadir. El grupo las priorizará y las sectorizará, como bien has mencionado, y estas se pondrán en marcha de forma inmediata. Estoy completamente de acuerdo contigo, Guillermo, en que esta fase es crucial.

Las recomendaciones son como un ejercicio de estilo que está bien para respaldar al grupo con un posicionamiento claro, pero lo verdaderamente importante son los proyectos concretos.

Aprovecho también para comentar que, en el futuro, la página web estará abierta para la incorporación de iniciativas y propuestas. Toda propuesta, ya sea concreta o general, será considerada inmediatamente. Evaluaremos si hay personas interesadas en trabajar en ella y si existen posibilidades reales de desarrollarla.

Ese es el enfoque que creo debemos seguir: priorizar, organizar y poner en marcha las propuestas que realmente podamos llevar a cabo. Gracias, Guillermo, por tu aportación y por ayudarnos a matizar este punto tan relevante.

Fernando Alberca

Exacto, con 60 personas es perfectamente viable organizar 10 grupos de trabajo simultáneos. No pasa nada si cada uno tiene interés en una parcela diferente. Por ejemplo, alguien puede estar enfocado en la inteligencia artificial aplicada a la endoscopia, mientras que otra persona prefiere trabajar en patología.

Lo importante es que cada grupo pueda empezar a trabajar de forma independiente y simultánea. Esa es la idea: permitir que cada equipo avance en su área de interés sin interferir con los demás.

POSICIONAMIENTO SEPD

Recomendaciones y propuestas para la mejora de la adecuación y gestión de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo en España. Documento de consenso y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)

Caunedo Álvarez, Ángel, Jiménez Pérez, Miguel, Martín Arranz, María Dolores, Bas-Cutrina, Francesc, Jorquera Plaza, Francisco, Redondo Cerezo, Eduardo, Alberca de las Parras, Fernando, Albillos Martínez, Agustín, Calleja Panero, José Luis, Carballo Álvarez, Fernando, en nombre del Grupo de investigadores de INNOVA Digestivo.

RESUMEN

Este documento, elaborado en el marco del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), presenta un consenso sobre la adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo en España.

El documento se basa en un proceso metodológico riguroso que incluyó la identificación y priorización de problemas y retos, la celebración de jornadas de debate entre expertos y la votación consensuada de recomendaciones y propuestas. Entre las problemáticas abordadas, destacan la insuficiencia de plantillas, la falta de coordinación con enfermería, las dificultades en la captación y retención de talento, la ineficiencia en la gestión del tiempo médico y los desafíos en la contratación y la formación continuada.

Las recomendaciones incluyen dos líneas de acción: transversal y específica. En el ámbito transversal, se destaca la necesidad de impulsar la investigación cooperativa y el aprendizaje comparativo, así como fortalecer la formación en gestión. En el plano específico, se enfatiza la urgencia de desarrollar estrategias innovadoras para optimizar el tiempo médico, mejorar los procesos de certificación de competencias específicas, capacitar a los líderes de los servicios en la gestión de la motivación profesional y fomentar la integración de la enfermería en la atención especializada.

Además, se proponen estudios para analizar la carga asistencial y la distribución de recursos humanos, las necesidades de especialización avanzada y la integración de la investigación y la docencia en la planificación de los servicios, así como iniciativas de formación en inteligencia artificial y la aplicación de sus herramientas en la atención sanitaria de los servicios.

Este consenso constituye un aporte clave para la transformación de la gestión de los recursos humanos en la especialidad de aparato digestivo, en línea con los objetivos de INNOVA Digestivo y proporcionando las bases para una implementación efectiva de estrategias innovadoras y sostenibles. Sus recomendaciones y propuestas no solo buscan aportar soluciones pragmáticas desde la perspectiva de los jefes de servicio, sino que también implican su compromiso activo en su desarrollo y puesta en marcha, promoviendo la participación del conjunto de responsables de los servicios para su extensión y aplicación efectiva.

INTRODUCCIÓN

El proyecto INNOVA Digestivo (1), impulsado y liderado por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), tiene como objetivo contribuir a la transformación de los servicios de aparato digestivo mediante la innovación con el fin de mejorar la calidad de la atención, optimizar la gestión de los recursos y adaptarse a las demandas futuras del sistema de salud (2).

En una primera fase, ya concluida, se identificaron y priorizaron los principales problemas y retos que enfrentan estos servicios desde la perspectiva de sus responsables (3), sentando una base estratégica para avanzar en los objetivos de la iniciativa.

Siguiendo la planificación del proyecto (2), los problemas y retos priorizados (3) fueron agrupados en áreas temáticas (tabla 1) para su análisis detallado. Estas áreas se abordaron mediante ponencias que establecieron puntos clave de interés, seguidas por debates en sesiones presenciales, culminando en la elaboración consensuada de recomendaciones y propuestas de estudios o desarrollos.

Tabla 1. Áreas temáticas seleccionadas en el proyecto INNOVA Digestivo para su análisis detallado, debate entre los investigadores en jornadas presenciales y elaboración consensuada de recomendaciones y propuestas de estudios o desarrollos.

Área temática
Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos
Acceso, demanda y cobertura de servicios
Innovación y tecnología (incluyendo inteligencia artificial [IA])
Calidad y seguridad del paciente

En este documento se presentan y discuten los resultados derivados del análisis y debate de la primera área temática, dedicada a la "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos".

METODOLOGÍA

Siguiendo la metodología general del proyecto INNOVA Digestivo (2), se partió de los problemas y retos priorizados por los investigadores (3) asignados al área de "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos" (tabla 2).

Tabla 2. Asignación de problemas y retos al área temática de "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos", ordenados por su promedio de relevancia en una escala de 1 a 5. El núm. de orden indica su posición en cuanto a ese problema, o reto, en el conjunto de los problemas y retos.

Orden	Problemas	Relevancia
2	Plantillas insuficientes e inadecuadas a la demanda asistencial	4,15
4	Falta de autonomía para la gestión de los contratos	3,92
5	Falta de personal de enfermería y ausencia de coordinación con este personal	3,92
7	Captación de talento especializado	3,85

17	Ineficiencia del tiempo médico por dedicación a otras tareas	3,46
Orden	Retos	Relevancia
3	Contar con plantilla de facultativos adecuada y motivada	4,15
4	Potenciar la enfermería de práctica avanzada dentro de los Servicios	4,08
5	Evitar la pérdida de talento en las plantillas con la política de personal actual	4,08
7	Desarrollo profesional del personal del servicio	3,92
14	Fomentar estrategias de gestión global de los recursos desde el propio servicio	3,69
16	Programas para la capacitación de profesionales de forma continuada.	3,69
17	Reconocimiento institucional de las necesidades formativas de los profesionales dentro del horario laboral.	3,62
18	Incorporar docencia e investigación como tiempo real de trabajo	3,62
23	Creación de modelos y unidades multidisciplinares.	3,46
25	Enfrentarse a la gestión de conflictos en las plantillas	3,46

A partir de esta asignación se definieron unidades temáticas que se desarrollaron en ponencias específicas —que se han presentado en la correspondiente sección de esta monografía—, debatidas en la primera jornada presencial de INNOVA Digestivo, celebrada el 1 de octubre de 2024. Durante la segunda jornada (03/12/2024) se presentaron los puntos clave de cada una de estas ponencias y las primeras versiones de las recomendaciones y propuestas de estudios o desarrollos que fueron sometidas a votación entre los 52 asistentes a la jornada. Se votó, en concreto, el grado de acuerdo para las recomendaciones y el grado de opinión favorable para las propuestas. Estas ponencias, las recomendaciones y propuestas en su formulación inicial y el resultado de las votaciones estimativas también pueden consultarse en esta misma publicación monográfica.

En la tabla 3 se presentan las preguntas formuladas junto con sus opciones de respuesta, conformando una escala de Likert con cinco niveles como expresión de los resultados. Las formulaciones para acuerdo y opinión fueron las mismas en esta fase estimativa y en la de consenso formal posterior con el conjunto de los investigadores. Este consenso formal se realizó mediante un cuestionario REDCap (4) que se envió a los 57 integrantes del Grupo de investigadores de INNOVA Digestivo. En esta fase final se añadió una pregunta sobre el grado de relevancia que el investigador consideraba para la recomendación o la propuesta, igualmente en una escala de Likert de 1 a 5.

En el análisis estadístico se calcularon como medidas de tendencia central el promedio, la moda, la mediana, los valores máximos y mínimos y la frecuencia observada para cada uno de los valores de la escala y como medidas de dispersión la desviación estándar, la varianza y el rango intercuartil (RIC), Para el cálculo de los porcentajes de acuerdo, de opinión favorable o de grado de relevancia, se acordaron tres categorías (Valores 1 y 2 = desacuerdo, desfavorable o no relevante; 3 = neutral; 4 y 5 = acuerdo, favorable, relevante). En la fase

estimativa se consideraron como aceptables para el paso al consenso final aquellas recomendaciones o propuestas con promedios de acuerdo, u opinión favorable según el caso, superiores a 3,40.

Tabla 3. Preguntas y opciones de respuesta utilizadas en el consenso para establecer el grado de acuerdo con las recomendaciones y el de opinión con las propuestas de estudio o desarrollo, así como el grado de relevancia otorgada a cada una en el consenso formal establecido con todos los investigadores.

Recomendaciones	Pregunta	Opciones de respuesta
	¿Está usted de acuerdo con esta recomendación?	• Completamente en desacuerdo (= 1) • En desacuerdo (= 2) • Ni en desacuerdo ni de acuerdo (= 3) • De acuerdo (= 4) • Completamente de acuerdo (= 5)
Propuestas	Pregunta	
	¿Qué opina de esta propuesta?	• No merece la pena (= 1) • No es prioritario (= 2) • Bueno, puede hacerse (= 3) • Conviene hacerlo (= 4) • Adelante con ello desde ya (= 5)
Recomendaciones y propuestas	Pregunta	Opciones de respuesta
	¿Qué grado de relevancia otorga a esta recomendación/propuesta?	• Nada relevante (=1) • Poco relevante (= 2) • Relevancia intermedia (= 3) • Bastante relevante (= 4) • Muy relevante (= 5)

RESULTADOS

La tabla 4 presenta de manera estructurada los puntos clave abordados en las distintas unidades temáticas desarrolladas en las ponencias. Su formulación sigue fielmente lo expuesto por los ponentes, por lo que algunas ideas pueden reiterarse en distintos apartados para mantener la coherencia con el enfoque de cada presentación.

Tabla 4. Puntos clave definidos en cada una de las unidades temáticas desarrolladas en las ponencias presentadas dentro del área temática de "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos".

Unidad temática	Puntos clave
Análisis de la necesidad de recursos humanos de perfil médico en la especialidad de aparato digestivo.	Análisis • Carga asistencial creciente • Ratio de médicos especialistas digestivos no comparativamente menor respecto otras especialidades con cargas de trabajo semejantes (5). • Se prevé un exceso de especialistas de digestivo a futuro (5). • Incrementos especiales de demanda en áreas concretas como endoscopia. • Políticas optimizadoras del equilibrio entre demanda y recursos disponibles basadas en una mayor eficiencia del desempeño médico. Posibilidades de mejora • El incremento de plazas MIR no resuelve el problema. • Mejora en la planificación y gestión de los contratos. • Investigación en servicios sanitarios dentro de la especialidad. • Estudios sobre cargas de trabajo y ratios de personal • Aprendizajes comparativos entre hospitales.
Innovación en la gestión de las funciones y tiempo de desempeño médico.	Análisis • El desempeño profesional es ineficiente debido a la dedicación de tiempo médico a tareas no médicas.

	• Desafíos en la gestión del tiempo médico. • Sobrecarga administrativa. • Fragmentación en el desempeño. • Rigidez en la organización del trabajo Posibilidades de mejora • Implementación de sistemas de inteligencia artificial (IA). • Redefinición de roles y delegación de funciones. • Gestión de la carga de trabajo mediante telemedicina. • Desarrollo de protocolos estandarizados y uso de listas de verificación. • Formación continua y mejora de competencias. • Incentivación.
Adecuación profesional al desempeño: incorporación, desarrollo profesional y gestión de la motivación y de la eficiencia.	Análisis • Incorporación de profesionales y retención de talento. • Modelo laboral restrictivo. • Falta de desarrollo de Áreas de Capacitación Específica (ACE y de los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada. • ¿Cómo retener y atraer talento? • Ausencia de verdadero Desarrollo profesional (DP) y desarrollo profesional continuo (DPC). • Gestión de la motivación y de la eficiencia o en la gestión del tiempo médico. • Sobrecarga administrativa. • Fragmentación en el desempeño. • Rigidez en la organización del trabajo Posibilidades de mejora

	• Certificación voluntaria MIR. • Impulsar recertificación. • Certificación de competencias específicas. • Redefinición de roles y delegación de funciones. • Certificado europeo. • Gestión adecuada de la motivación y la eficiencia.
Los recursos humanos en la gestión de procesos de alta frecuencia y/o complejidad.	Análisis • Modelos asistenciales basados en el valor. • Integración de enfermería en los procesos asistenciales. • Unidades monográficas multidisciplinares. • Colaboración entre niveles asistenciales. • Limitación y posibles soluciones para la gestión eficaz de este tipo de procesos. • Posibilidades de mejora • Colaboración interdisciplinar. • Formación continua y motivación de personal. • Uso de tecnologías avanzadas. • Gestión eficiente de recursos humanos. • Mejora de procesos administrativos.

La tabla 5 muestra los encabezados de las seis recomendaciones y las cuatro propuestas presentadas para votación estimativa por parte de los asistentes en la segunda jornada presencial de INNOVA Digestivo, junto con los porcentajes y promedios de acuerdo/opinión estimativos obtenidos.

Tabla 5. Enunciados de las recomendaciones y propuestas de estudios y desarrollos presentados para votación estimativa de los grados de acuerdo y de opinión favorable por parte de los asistentes a la segunda jornada presencial de INNOVA Digestivo, junto con los resultados obtenidos en las votaciones.

Recomendación	Acuerdo (%)	Acuerdo (promedio)
Red nacional de investigación y aprendizaje comparativo	78,95 %	3,79
Estrategias innovadoras en la optimización del tiempo médico	90.24 %	4,39
Incorporación de profesionales y retención de talento	92,31 %	4,21
Gestión de la motivación y la eficiencia	92,50 %	4,38
Atención basada en el valor y en la optimización de procesos	66,67 %	3,90
Integración de enfermería en la atención sanitaria especializada	86,05 %	4,30
Propuestas de estudios y desarrollos	**A favor (%)**	**A favor (promedio)**
Estudio de cargas asistenciales y de recursos humanos	92,86 %	4,60
Formación y pilotaje de experiencias en herramientas de IA	76,74 %	3,91
Análisis de las necesidades de especialización avanzada	76,75 %	3,93
Investigación y docencia elementos estructurales del desempeño	76,74 %	3,95

Todas las recomendaciones y propuestas superaron el umbral establecido (promedio > 3,40), permitiendo su paso a la fase de redacción definitiva y votación formal por parte de los investigadores.

En esta votación formal final del consenso, la recomendación "Red nacional de investigación y aprendizaje comparativo" se presentó en su versión inicial en la que se mencionaba de manera explícita la creación de la citada red, y en una alternativa en la que se eliminaba esta mención expresa, pero manteniendo la redacción en similares términos de impulso a la investigación y aprendizaje. La razón fue un porcentaje de voto estimativo de desacuerdo del 13,16 %, acompañado de otro 7,89 % de voto neutral. De manera semejante, la recomendación "Atención basada en el valor y en la optimización de procesos" se presentó en su redacción original y en otra alternativa, muy semejantes excepto que en la original se proponía la creación concreta de una "Escuela de Gestión" mientras que en la alternativa no se mencionaba la creación de este modelo. En este caso la razón fue un voto neutral previo del 26,19 % con un 7,14 % adicional de voto de desacuerdo.

El cuestionario REDCap fue cumplimentado en su totalidad por 56 de los 57 investigadores del grupo. En las tablas 6 y 7 se presentan los resultados finales obtenidos para cada una de las seis recomendaciones (tabla 6) y de las cuatro propuestas (tabla 7), detallándose la formulación definitiva de cada una de ellas, el grado de acuerdo en porcentaje y en promedio,

así como el promedio del grado de relevancia, otorgados por los investigadores, y a pie de cada formulación el porcentaje de voto neutral y de desacuerdo para las recomendaciones u opinión desfavorable para las propuestas.

Las redacciones alternativas de las dos antes mencionadas recomendaciones presentaron resultados ligeramente mejores que las iniciales, por lo que fueron las incluidas en estos resultados finales.

Todos los promedios del grado de acuerdo con las recomendaciones estuvieron el rango de "completamente de acuerdo", equivalente a un valor superior a 4,20, con un mínimo de 4,21, un máximo de 4,59 y una media de los promedios de 4,42. Los porcentajes de acuerdo oscilaron entre 87,50 % y 96,43, con una media de 91,96 %. Los promedios del grado de opinión favorable paras las propuestas también estuvieron en su totalidad por encima de 4,20, en un rango entre 4,25 y 4,55 y una media de 4,35, con porcentajes de voto favorable medio de 89,73 % (85,71-98,21). En cuanto a la relevancia, la media de los promedios de las recomendaciones fue de 4,26 (4,05-4,48) y el de las propuestas de 4,27 (4,18-4,41), medias que en ambos casos se encuentran en el rango de "muy relevante".

Las medidas de dispersión muestran en todos los casos valores de desviación estándar y de RIC que indican concentración del voto hacia un fuerte consenso. Así, todas las desviaciones estándar estuvieron por debajo de 1 y todos los RIC fueron 1, tanto en el grado de acuerdo de las recomendaciones como en el de opinión favorable de las propuestas.

Tabla 6. Recomendaciones consensuadas en el área temática de "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos" del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), con expresión de los porcentajes y promedios del grado de acuerdo, así como el de relevancia, otorgados por los investigadores. A pie de cada formulación se indican los porcentajes de voto neutral y en desacuerdo.

Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Investigación cooperativa y aprendizaje comparativo	%	Promedio	Promedio
Se recomienda promover la realización de investigación cooperativa y de aprendizaje comparativo, que permita a los diferentes servicios compartir datos, resultados y mejores prácticas. Esta cooperación debe centrarse en orientarse a la colaboración estratégica entre profesionales, aprovechando el conocimiento colectivo y promoviendo un enfoque multidisciplinar que mejore tanto la calidad de la atención como la eficiencia operativa. Además, esta colaboración debe extenderse al uso conjunto de herramientas tecnológicas que faciliten la comunicación y el análisis.	89,29	4,34	4,23
Porcentaje de voto neutral	5,36		
Porcentaje de voto en desacuerdo	5,36		
Recomendación	Acuerdo		Relevancia

Estrategias innovadoras en la optimización del tiempo médico	%	Promedio	Promedio
Se recomienda trabajar en la optimización del tiempo de desempeño médico mediante la implementación de estrategias innovadoras que maximicen la eficiencia y reduzcan las tareas que no aportan valor directo a la atención al paciente. Para ello, se recomienda un enfoque integral que combine formación continua y la adopción de nuevas tecnologías, incluyendo el uso de inteligencia artificial (IA). La formación debe centrarse en capacitar a los profesionales en el uso eficiente del tiempo, la priorización de tareas y la integración de herramientas tecnológicas en su práctica diaria.	94,64	4,59	4,48
Porcentaje de voto neutral	3,57		
Porcentaje de voto en desacuerdo	1,79		
Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Incorporación de profesionales y retención de talento	%	Promedio	Promedio
Se recomienda impulsar una reflexión estratégica, liderada por los jefes de Servicio y en colaboración con las sociedades científicas, para diseñar e implementar etapas formales del desarrollo profesional y establecer procesos de certificación de competencias específicas. Esta estrategia debe centrarse en la mejora de la capacitación profesional y el reconocimiento formal e institucional de méritos, asegurando estándares de excelencia y equidad en los servicios de aparato digestivo.	96,43	4,52	4,36
Porcentaje de voto neutral	3,57		
Porcentaje de voto en desacuerdo	0,00		
Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Gestión de la motivación y la eficiencia	%	Promedio	Promedio
Se recomienda establecer programas específicos de formación para los jefes de Servicio en la gestión de la motivación y la eficiencia de los equipos profesionales, en los que abordar herramientas y estrategias de liderazgo motivacional, la promoción del trabajo en equipo y la optimización del tiempo y recursos, con el	87,50	4,46	4,05

objetivo de fomentar un entorno laboral que impulse el compromiso, la excelencia y la productividad en los servicios de aparato digestivo.			
Porcentaje de voto neutral	10,71		
Porcentaje de voto en desacuerdo	1,79		
Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Atención basada en el valor y en la optimización de procesos	%	Promedio	Promedio
Se recomienda promover desde INNOVA Digestivo actividades estables formativas en gestión, bajo la coordinación de SEPD y con el liderazgo de los jefes de servicio, con un modelo que incluya el aprendizaje basado en casos o escenarios, con el fin de mejorar la atención sanitaria basada en valor en salud y la optimización de procesos complejos y de alta frecuencia. Esta iniciativa deberá fomentar la capacitación en estrategias innovadoras, la estandarización de prácticas y el fortalecimiento de competencias, asegurando una atención más eficiente y centrada en el paciente.	89,29	4,21	4,25
Porcentaje de voto neutral	8,93		
Porcentaje de voto en desacuerdo	1,79		
Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Integración de enfermería en la atención sanitaria especializada	%	Promedio	Promedio
Se recomienda impulsar la integración activa de la enfermería en la atención sanitaria especializada digestiva. Esta integración debería realizarse en colaboración con las sociedades científicas de enfermería, fomentando la capacitación específica del personal enfermero en los procesos digestivos y sus técnicas avanzadas, como la endoscopia, fortaleciendo sus competencias y su rol en equipos multidisciplinares para optimizar la atención en patologías complejas y de alta frecuencia.	94,64	4,38	4,20
Porcentaje de voto neutral	1,79		
Porcentaje de voto en desacuerdo	3,57		

Tabla 7. Propuestas de estudios y desarrollos consensuadas en el área temática de "Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos" del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), con expresión de los porcentajes y promedios del grado de opinión favorable, así como el de relevancia, otorgados por los investigadores. A pie de cada formulación se indican los porcentajes de voto neutral y desfavorable.

Propuesta	A favor		Relevancia
Estudio de cargas asistenciales y de recursos humanos	%	Promedio	Promedio
Se propone abordar un estudio que analice en detalle las cargas asistenciales de los servicios de aparato digestivo y las compare con la disponibilidad actual de recursos humanos. En este análisis cabe considerar aspectos tales como: • Variabilidad por niveles hospitalarios y comunidades autónomas. • Identificación de necesidades específicas de perfiles especializados en áreas clave (hepatología, endoscopia avanzada, etc.). El objetivo es identificar desequilibrios, áreas críticas de alta demanda y proponer el diseño de estrategias para la redistribución de recursos y formación especializada, fomentando una asignación más equitativa y eficiente que asegure sostenibilidad y calidad asistencial.	98,21	4,55	4,41
Porcentaje de voto neutral	1,79		
Porcentaje de voto desfavorable	0,00		
Propuesta	A favor		Relevancia
Formación y pilotaje de experiencias en herramientas de IA	%	Promedio	Promedio
Se propone organizar y desarrollar una actividad formativa y de pilotaje para introducir el uso de herramientas de inteligencia artificial (IA) en los servicios de aparato digestivo. Incluiría talleres prácticos y pruebas piloto de tecnologías como automatización administrativa, transcripción clínica, apoyo en decisiones y telemedicina. El objetivo es capacitar a los profesionales, mostrar el impacto de la IA en la optimización del tiempo médico y evaluar su integración en sistemas locales, fomentando un modelo de gestión más eficiente e innovador.	87,50	4,32	4,25
Porcentaje de voto neutral	12,50		
Porcentaje de voto desfavorable	0,00		

Propuesta	A favor		Relevancia
Análisis de las necesidades de especialización avanzada	%	Promedio	Promedio
Se propone realizar un análisis sobre la implementación de Áreas de Capacitación Específica y Diplomas de Acreditación / Acreditación avanzada, documentado y riguroso, liderado por jefes de Servicio de Aparato Digestivo en colaboración con Sociedades Científicas, basado en necesidades identificadas en el estudio de cargas asistenciales y recursos humanos y que proporcione información detallada sobre los perfiles de especialización prioritarios. Una vez completado, debería presentarse a la Comisión Nacional de la Especialidad, como base de una propuesta sólida que se eleve a las Autoridades Sanitarias, para promover una planificación efectiva y el reconocimiento formal de competencias avanzadas en la especialidad.	85,71	4,25	4,18
Porcentaje de voto neutral	12,50		
Porcentaje de voto desfavorable	1,79		

Propuesta	A favor		Relevancia
Investigación y docencia elementos estructurales del desempeño	%	Promedio	Promedio
Se propone la creación de un grupo de trabajo dentro de INNOVA Digestivo que fundamente la necesidad de que la docencia y la investigación sean actividades consustanciales al ejercicio profesional y que por tanto deben ser objeto de planificación y formar parte de la gestión de los recursos humanos.	87,50	4,27	4,23
Porcentaje de voto neutral	10,71		
Porcentaje de voto desfavorable	1,79		

DISCUSIÓN

Al ser esta, la dedicada a los recursos humanos, la primera de las áreas temáticas tratadas en el proyecto INNOVA Digestivo, es lógico que entre las recomendaciones consensuadas aparezcan dos de carácter transversal aplicables a cualquiera de los temas que puedan ser tratados: una orientada a la investigación cooperativa y otra a la formación en gestión. La primera es una clara llamada a la acción, cuyo objeto es que sean los propios responsables de los servicios los que impulsen la generación activa de un conocimiento verdaderamente aplicable a la realidad, impulsando y extendiendo iniciativas ya existentes como EFIC_AD (6), como se verá algo más adelante en esta discusión. Del mismo modo, la necesidad de

formación en gestión, que motiva la segunda, trasciende la inquietud individual para convertirse en un mandato que los propios especialistas trasladan a su sociedad científica, con el fin de reforzar su papel en el desarrollo de competencias clave para la organización y eficiencia de los servicios, siempre orientada a la evaluación de resultados con valor en salud (7). Ambas recomendaciones, con fuerte consenso y priorización, simbolizan bien el espíritu del proyecto INNOVA Digestivo (2), asentado en la idea de que el camino para una mejora efectiva de los servicios asistenciales de la especialidad no pasa por un discurso reiterado de queja ni siquiera solo por la justa reivindicación colectiva de los profesionales ante las administraciones sanitarias de mejoras objetivas en el modelo sanitario, sino por la señalada acción cooperativa, basada en un profundo y actualizado conocimiento de la realidad y ejecutada con competencias y habilidades específicas adquiridas mediante formación y entrenamiento, entre cuyas armas está el aprendizaje comparativo.

Este planteamiento conlleva la reafirmación del papel que las sociedades científicas, y en este caso la SEPD, juega y debe seguir jugando en el impulso del incremento de la calidad de la atención sanitaria especializada digestiva. Esta tarea no es ajena a la SEPD que lleva ya muchos años trabajando activamente en esta línea con especial énfasis en fomentar una gestión eficiente e innovadora de las unidades asistenciales de la especialidad proponiendo su cartera de servicios (8), definiendo estándares (9), criterios e indicadores (10-14) y promoviendo estudios basados en registros dentro de los proyectos RECALAD (15) y el antes mencionado EFIC_AD (16). Este último es una valiosa herramienta en la mejora de la gestión y eficiencia de los servicios ya que facilita la comparación anonimizada de los indicadores propios con los de otros centros de características similares (6). La SEPD, además, pone a disposición de los servicios procesos para su certificación (17) y la de sus unidades especializadas (18), en este caso junto con otras sociedades científicas de la especialidad (19, 20). La aportación de INNOVA Digestivo a esta estrategia pasa por promover la intensificación de esta perseguida actividad en red de los servicios para aportar conocimiento mediante una investigación basada en registros y otros estudios, mientras que el papel de la SEPD se potencia como instrumento al servicio de los intereses de las unidades asistenciales, como encargadas que son de aplicar todos esos conocimientos, tanto en aspectos de soporte a la investigación como en la de generación de aquellos de formación que sean requeridos.

Entrando ya en el tema específico, la adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo presenta múltiples dimensiones. Un problema identificado como prioritario en este análisis, y así reconocido en la literatura especializada en salud pública y administración sanitaria de nuestro país (21), es el del equilibrio entre demanda asistencial y recursos humanos disponibles, tanto en número como en capacitación. Desde la perspectiva de los jefes de servicio, la insuficiencia de plantillas y la falta de perfiles especializados adecuados condicionan la capacidad de respuesta de los servicios y han sido señaladas como barreras estructurales para su funcionamiento eficiente. Pero de cara a la mejora de ese equilibrio, ya en la tabla donde se resumen los puntos clave se ha señalado que según el informe de Barber Pérez et al. (5) el problema no reside en sí en que la especialidad de digestivo tenga ratios de especialistas por 100 000 habitantes inferiores a los de otras especialidades con cargas asistenciales semejantes, ni tampoco parece que la solución pase por incrementar el número de MIR en sucesivas convocatorias, ya que las estimaciones a medio y largo plazo indican que va a haber superávit de especialistas de aparato digestivo con la actual cuota de plazas convocadas. Por ello, y así se señala en el consenso como una propuesta de alta

priorización, es importante desarrollar cuanto antes, en la línea de investigación antes mencionada, estudios sobre la demanda asistencial que permitan juzgar la idoneidad de la distribución de los recursos humanos y sobre todo su adecuación en cuanto a la carga asistencial soportada por cada centro. Un tema paralelo, pero también muy importante, es si el perfil de capacitación de los especialistas se ajusta a las necesidades asistenciales, tanto en el ámbito estatal, como en los autonómicos y locales. En este sentido, otra de las propuestas plantea abordar un riguroso estudio de las necesidades de especialización digestiva avanzada en nuestro país. Es muy destacable que estas dos propuestas no son recomendaciones para que otros hagan, sino un automandato para su ejecución dentro del marco institucional que ampara el proyecto.

También al enfrentar el equilibrio entre demanda y recursos humanos, en el análisis se ha planteado tanto la optimización de la demanda, basada en su revisión, adecuación y protocolización consensuada como el incremento de eficiencia en la prestación de los servicios, con especial atención a la mejora del tiempo de desempeño médico, pero también a la mejora en los procesos de alta frecuencia o de alta complejidad. El tema de la demanda forma parte del desarrollo del área temática "Acceso, demanda y cobertura de servicios" y por tanto se tratará en detalle más adelante en la evolución del proyecto, pero la optimización del desempeño médico si se plantea ahora con una recomendación específica dedicada a la puesta en marcha de estrategias que persigan este objetivo. Adicionalmente, se establece una propuesta de desarrollo consistente en impulsar la formación y pilotaje de experiencias en herramientas de inteligencia artificial (IA) cuyo objetivo es "capacitar a los profesionales, mostrar el impacto de la IA en la optimización del tiempo médico y evaluar su integración en sistemas locales, fomentando un modelo de gestión más eficiente e innovador"; iniciativa que INNOVA Digestivo va a poner en marcha de manera inmediata, junto con el próximo abordaje de otra de sus áreas temáticas "Innovación y tecnología (incluyendo inteligencia artificial [IA]) donde esta tecnología altamente disruptiva jugará un papel central.

En otro orden de cosas, los investigadores han considerado la multidisciplinariedad un factor esencial para conseguir que los procesos asistenciales, en general y los de alta frecuencia y/o complejidad en particular, alcancen esas deseadas metas de alta eficiencia y centrados en el paciente y orientados a resultados con valor en salud. Esta multidisciplinariedad se entiende no solo como coordinación y cooperación entre especialidades y niveles, sino que de manera destacada el consenso recomienda trabajar por la integración de enfermería en la atención sanitaria especializada digestiva. Esa incorporación, en la que lo ideal es colaborar entre las sociedades científicas de ambos estamentos, debe extenderse al impulso de la "capacitación específica del personal enfermero en los procesos digestivos y sus técnicas avanzadas, como la endoscopia, fortaleciendo sus competencias y su rol en equipos multidisciplinares para optimizar la atención en patologías complejas y de alta frecuencia"

Un tema muy importante dentro de la gestión de los recursos humanos es el de la reconocida rigidez de nuestro modelo laboral sanitario, los desequilibrios estructurales y la complejidad de sus instituciones con notables disfunciones en la arquitectura institucional del SNS (22), problema que se agrava con las diferencias legislativas en materia sanitaria en las diferentes comunidades autónomas. A los jefes de servicio participantes en el panel les parece particularmente grave el cómo afecta esta realidad a la incorporación y retención de talento (23) y al desarrollo de capacidades y el mantenimiento actualizado de competencias (24). Por ello, apuestan decididamente por establecer una recomendación que, una vez más, señala cómo contribuir desde dentro, dado que la vía de las reformas institucionales no

parece ofrecer perspectivas alentadoras. En su lugar, proponen impulsar el desarrollo profesional, o si se prefiere, la carrera profesional, a través de procesos de certificación de competencias específicas promovidos por las sociedades científicas, con el objetivo de dinamizar las vías administrativas de reconocimiento del mérito y el talento. En paralelo, se recoge otra importante recomendación que tiene que ver con la gestión de la motivación de los profesionales como necesario componente para conseguir la eficiencia de los servicios. De nuevo, dada la evidente dificultad para instaurar una adecuada política institucional en la evaluación del rendimiento y la consiguiente compensación a los profesionales (25, 26), los responsables de los servicios apuestan por atacar la parte del problema que ellos pueden mejorar, al recomendar su propia formación específica en la gestión de la motivación la eficiencia de los profesionales integrados en sus servicios. Algo que, sin duda, la sociedad científica que ampara este proyecto tendrá en cuenta dado los altos grados de priorización y relevancia otorgados en las votaciones.

La panoplia de recomendaciones y propuestas se cierra proponiendo abordar, mediante un grupo de estudio, como trabajar en la solución de una vieja aspiración profesional que es que la asistencia, la docencia y la investigación sean actividades estructuralmente reconocidas y por tanto puedan ser planificadas y gestionadas adecuadamente dentro de los servicios, en un contexto institucional que facilite, además, el desarrollo de vocaciones académicas e investigadoras y contemple la incorporación de perfiles profesionales de este tipo.

En conclusión, este documento de consenso ha permitido identificar y priorizar los principales problemas y retos en la gestión de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo, estableciendo una base sólida para la implementación de soluciones concretas. La insuficiencia de plantillas, la ineficiencia en la organización del tiempo médico, la falta de integración de la enfermería y la dificultad para captar y retener talento han sido aspectos clave abordados a través de un proceso estructurado de análisis y debate.

Las recomendaciones consensuadas no solo responden a estos desafíos, sino que también reflejan el compromiso de los investigadores en su desarrollo, con el objetivo de mejorar la eficiencia de los servicios y garantizar su sostenibilidad. La combinación de estrategias de optimización organizativa, fortalecimiento de la formación en gestión y desarrollo de estudios sobre necesidades asistenciales y especialización avanzada proporcionan una hoja de ruta realista y aplicable.

El trabajo conjunto y la implicación de los responsables de la atención sanitaria de la especialidad serán determinantes para avanzar en la implementación de estas medidas. INNOVA Digestivo, en el marco de la SEPD, seguirá impulsando un enfoque basado en el análisis, la reflexión y el debate colaborativo entre profesionales, asegurando que estas estrategias se traduzcan en mejoras concretas para los servicios y en un modelo asistencial más eficiente y centrado en el valor en salud.

REFERENCIAS

1. INNOVA Digestivo [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025 [consultado 28 Ene 2025]. Disponible en: https://www.sepd.es/innova-digestivo.

2. Albillos Martínez A, Alberca de las Parras F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Grupo de investigadores de INNOVA Digestivo. Objetivos y metodología general del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025 [consultado 24 May 2025]. Disponible en:

https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/OBJETIVOS%20Y%20METODOLOG%C3%8DA.pdf.

3. Alberca de las Parras F, Albillos Martínez A, Bas-Cutrina F, Caunedo Álvarez Á, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, et al. Identificación y priorización de problemas y retos en los servicios de aparato digestivo españoles desde la perspectiva de sus responsables como base estratégica para su desarrollo [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 24 May 2025]. Disponible en: https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/PROBLEMAS%20Y%20RETOS.pdf.

4. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. J Biomed Inform. 2019;95:103208. doi: 10.1016/j.jbi.2019.103208.

5. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035 [pdf]. Las Palmas de Gran Canaria: EcoSalud. Universidad de la Palmas de Gran Canaria; 2024 [consultado 30 Ene 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf.

6. Proyecto EFIC_AD [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2024 [consultado 21 Dic 2024]. Disponible en: https://sepd.es/proyectos/15.

7. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363(26):2477-81. Epub 20101208. doi: 10.1056/NEJMp1011024.

8. Cartera de servicios SEPD [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2024 [consultado 21 Dic 2024]. Disponible en: https://sepd.es/proyectos/18.

9. Tiempos de referencia medios para las prestaciones de un Servicios de Aparato Digestivo [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2024 [consultado 21 Dic 2024]. Disponible en: https://sepd.es/proyectos/37.

10. López-Picazo J, Alberca de las Parras F, Sánchez del Río A, Pérez Romero S, León Molina J, Júdez J. Quality indicators in digestive endoscopy: introduction to structure, process, and outcome common indicators. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2017. doi: 10.17235/reed.2017.5035/2017.

11. Sánchez del Río A, Pérez Romero S, López-Picazo J, Alberca de- as Parras F, Júdez J, Léon Molina J, et al. Quality indicators in colonoscopy. The colonoscopy procedure. Rev Esp Enferm Dig. 2018;110(5):316-26. doi: 10.17235/reed.2018.5408/2017.

12. Alberca de las Parras F, López-Picazo J, Pérez Romero S, Sánchez del Río A, Júdez Gutiérrez J, León Molina J. Quality indicators for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. The procedure of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Rev Esp Enferm Dig. 2018;110(10):658-66. doi: 10.17235/reed.2018.5652/2018.

13. Pérez Romero S, Alberca de las Parras F, Sánchez del Río A, López-Picazo J, Júdez J, León Molina J. Quality indicators in gastroscopy. Gastroscopy procedure. Rev Esp Enferm Dig. 2019;111(9):699-709. doi: 10.17235/reed.2019.6023/2018.

14. Esteban Delgado P, Alberca de Las Parras F, López-Picazo J, León Molina J. Quality indicators in enteroscopy. Enteroscopy procedure. Rev Esp Enferm Dig. 2020;112(4):299-308. doi: 10.17235/reed.2020.6946/2020.

15. Fernández Rodríguez CM, Fernández Pérez C, Bernal JL, Vera I, Elola J, Júdez J, et al. RECALAD. Patient care at National Health System Digestive Care Units - A pilot study, 2015. Rev Esp Enferm Dig. 2018;110(1):44-50. doi: 10.17235/reed.2017.5316/2017.

16. Poves E, Carballo F, Ceballos D, Alberca de las Parras F. Actividad de las unidades de aparato digestivo españolas antes y durante la pandemia COVID-19: evaluación mediante la herramienta EFIC_AD de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). Rev Esp Enferm Dig. 2023;115(11):636-43. doi: 10.17235/reed.2023.9860/2023.

17. Crespo J, Carballo Álvarez F, Alberca de Las Parras F, Fernández Rodríguez CM, Vera Mendoza MI, Gómez M, et al. Digestive units in the National Health System of the 21st century. Organizational and management standards for a patient-centered service. Rev Esp Enferm Dig. 2020;112(2):144-9. doi: 10.17235/reed.2020.6778/2019.

18. Domínguez Muñoz JE, Martínez Moneo E, Bolado Concejo F, Alberca De Las Parras F, Carballo Álvarez F, Elola Somoza FJ. Pancreas units within gastroenterology departments. Organizational and operational standards for a patient-centered service. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2024;116. doi: 10.17235/reed.2024.10147/2023.

19. Calvet X, Panés J, Gallardo-Escudero J, de la Cuadra-Grande A, Bartolomé E, Marín L, et al. Multicriteria Decision Analysis for Updating of Quality Indicators for Inflammatory Bowel Disease Comprehensive Care Units in Spain. J Crohns Colitis. 2022;16(11):1663-75. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjac068.

20. Clemente G, José Pérez-Lázaro J, Tejedor M, Planas R, la Mata MD, Córdoba J, et al. Acreditación de procesos en hepatología. Gastroenterología y Hepatología. 2008;31(7):427-32. doi: 10.1157/13125588.

21. Negrín MÁ, Ortún V. Editorial. Recursos humanos en sanidad: más de lo mismo no es una solución. Informe SESPAS 2024. Gaceta Sanitaria. 2024;38:102391. doi: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102391.

22. Hernández Pascual J. Los retos de la gobernanza de los recursos humanos de la sanidad pública. Informe SESPAS 2024. Gaceta Sanitaria. 2024;38:102377. doi: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102377.

23. Meneu R. Reclutamiento, selección y retención de profesionales en servicios de salud de gestión directa. Informe SESPAS 2024. Gaceta Sanitaria. 2024;38:102381. doi: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102381.

24. Rodríguez de Castro F, Carrillo Díaz T, Gual i Sala A, Palés Argullós J. Recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. Formación. Informe SESPAS 2024. Gaceta Sanitaria. 2024;38:102380. doi: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102380.

25. Repullo Labrador JR, Freire Campo JM. Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 1: marco general. Informe SESPAS 2024. Gaceta Sanitaria. 2024;38:102367. doi: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102367.

26. Repullo Labrador JR, Freire Campo JM. Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 2: el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2024. Gaceta Sanitaria. 2024;38:102368. doi: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102368.

APLICABILIDAD Y PROYECCIÓN

Aplicabilidad y proyección

Albillos Martínez, Agustín, Alberca de las Parras, Fernando, Calleja Panero, José Luis, Carballo Álvarez, Fernando

Esta monografía constituye un punto de partida estratégico para impulsar la mejora de la adecuación y gestión de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo. No se trata de un ejercicio meramente analítico o declarativo, sino de un trabajo orientado a la acción, que busca trasladar las reflexiones, propuestas y recomendaciones aquí recogidas al ámbito práctico de la organización asistencial y de las políticas de gestión sanitaria.

Las recomendaciones formuladas establecen una hoja de ruta que puede ser utilizada tanto a nivel de los propios servicios clínicos como en el marco de la actuación institucional de la SEPD. En el ámbito interno de los servicios, constituyen una base para planificar y priorizar mejoras organizativas, optimizar la gestión del tiempo médico, reforzar la estabilidad y la motivación de los equipos, y avanzar hacia modelos de desempeño más eficientes y centrados en la generación de valor en salud. Desde la perspectiva institucional, ofrecen una herramienta de posicionamiento ante las administraciones sanitarias, aportando argumentos sólidos para impulsar políticas de gestión de recursos humanos más modernas, flexibles y orientadas a resultados.

La aplicabilidad de este trabajo no se limita a las recomendaciones en sí mismas, sino que se proyecta también en las propuestas de estudio y desarrollo planteadas, que abren la puerta a la creación de grupos de trabajo específicos y a la puesta en marcha de iniciativas concretas en áreas clave como el análisis de cargas asistenciales, la integración de tecnologías emergentes como la inteligencia artificial, o la redefinición de la formación y desarrollo profesional en aparato digestivo.

El proyecto INNOVA Digestivo, y dentro de él esta monografía, asume que los problemas identificados son dinámicos y que las soluciones propuestas deberán ser objeto de seguimiento, evaluación y ajuste continuos. La consolidación de redes de colaboración entre servicios, el trabajo cooperativo y la utilización de datos objetivos y medibles serán elementos esenciales para garantizar que las acciones emprendidas generen resultados efectivos y sostenibles.

La SEPD asume con esta monografía no solo un posicionamiento teórico, sino un compromiso activo con la transformación y la modernización de los servicios de aparato digestivo en España. El liderazgo profesional en la gestión del cambio, la formación continuada, la evaluación sistemática y la apertura a la innovación son los pilares sobre los que debe construirse esta nueva etapa.

Esta monografía no constituye el cierre de un proceso, sino el inicio de un ciclo de transformación continua, en el que el análisis crítico, el consenso profesional y la innovación aplicada deben traducirse en mejoras concretas para los profesionales, los servicios y, en última instancia, para los pacientes.

SEPD
SOCIEDAD
ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA
DIGESTIVA