



**New Medical Economics**

GESTIÓN SANITARIA - EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Nº92 • 15 de MAYO 2019

# SISTEMAS DE SALUD: UN ANÁLISIS GLOBAL

## Comparación internacional de sistemas sanitarios

**Políticas Sanitarias:**  
La Oficina de Farmacia y el SNS

**Salud, Dinero y Amor:**  
Tecnología 5G. Efectos sobre la salud

**Abarca Cidón, Juan**

Presidente de HM Hospitales

**Alfonse Jaén, Margarita**

Secretaria General Federación Española de Empresas de la Tecnología Sanitaria (FENIN)

**Aguilar Santamaría, Jesús**

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

**Arnés Corellano, Humberto**

Director General de Farmaindustria

**Asín Llorca, Manuel**

Presidente de la Asociación de Clínicas Privadas de Dermatología (ACD)

**Avilés Muñoz, Mariano**

Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)

**Bando Casado, Honorio-Carlos**

Académico de las Reales Academias Nacionales de Farmacia, de Legislación y Jurisprudencia, de Doctores y de Ciencias Odontológicas

**Campos Villarino, Luis**

Presidente de la Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)

**Carballo Álvarez, Fernando**

Presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)

**Carrero López, Miguel**

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

**Castro Reino, Óscar**

Presidente del Consejo General de Dentistas

**Contel Bonet, Cristina**

Presidenta de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)

**De Lorenzo y Montero, Ricardo**

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)

**De Rosa Torner, Alberto**

Consejero Delegado del Grupo Ribera Salud

**Domínguez-Gil González, Beatriz**

Directora General de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

**Fernández-Pro Ledesma, Antonio**

Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

**Franco Fernández-Conde, Antonio**

CEO Luzán 5 Health Consulting

**García Giménez, Víctor**

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC)

**Garrido López, Pilar**

Presidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de Salud

**Gutiérrez Fuentes, José Antonio**

Director de la Fundación GADEA por la Ciencia

**Íñiguez Romo, Andrés**

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

**Jaén Olasolo, Pedro**

Presidente de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

**Llisterri Caro, José Luis**

Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

**Lorenzo Garmendia, Andoni**

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

**Macaya Miguel, Carlos**

Presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC)

**Martí Pi Figueras, Jordi**

Presidente de ASEBIO

**Martínez Solana, María Yolanda**

Profesora titular de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid

**Mayero Franco, Luis**

Presidente de la Fundación IDIS (Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad)

**Millán Rusillo, Teresa**

Directora de Relaciones Institucionales Lilly

**Murillo Carrasco, Diego**

Presidente de la Fundación Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.)

**Múzquiz Vicente-Arche, Regina**

Directora General de BioSim

**Navarro Rubio, M<sup>a</sup> Dolores**

Directora de la Experiencia del Paciente en el Hospital Pediátrico Sant Joan de Déu (Barcelona)

**Ondategui-Parra, Silvia**

Directora de la Unidad de Salud y Farmacia Ernst & Young

**Peña López, Carmen**

Immediate Past President de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

**Pérez Raya, Florentino**

Presidente del Consejo General de Enfermería

**Pey Sanahuja, Jaume**

Director General de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp)

**Revilla Pedreira, Regina**

Directora Ejecutiva de Policy, Communication & Corporate Affairs de MSD en España

**Rodríguez de la Cuerda, Ángel Luis**

Secretario General de la Asociación Española de Medicamentos Genéricos (AESEG)

**Rodríguez García-Caro, José Isaías**

Consejero en LLORENTE&CUENCA

**Rodríguez Somolinos, Germán**

Director de Seguimiento del Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial (CDTI)

**Romero Agüit, Serafin**

Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

**Rosado Bretón, Luis**

Director de Azierta Health International

**Ruiz i García, Boi**

Profesor de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC) y Presidente de Know How

**Sánchez Chamorro, Emilia**

Directora de Proyectos e Innovación en Sant Joan de Deu

**Sánchez Fierro, Julio**

Vicepresidente del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad

**Somoza Gimeno, Asunción**

Directora de Relaciones Institucionales Astellas Pharma

**Tranche Iparraguirre, Salvador**

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Familia Comunitaria (SEMFYC)

**Truchado Velasco, Luis**

Socio Director de Eurogalenus Executive Search

**Vallès Navarro, Roser**

Responsable de la Promoción de la Donación. Banco de Sangre y Tejidos del Departamento de Salud de Catalunya

**EDITA**

HEALTH ECONOMICS, S.L.  
C/ Velázquez, 157 - 1ª Ptla. 16B  
28002 Madrid  
ISSN: 2386-7434  
S.V.: 18/14-R-CM

**DIRECTOR**

José M<sup>a</sup> Martínez García  
direccion@newmedicaleconomics.es

**PUBLICIDAD**

publicidad@newmedicaleconomics.es

**REDACCIÓN Y DISEÑO**

Jesús González Bonilla  
jesus@newmedicaleconomics.es  
Teléfono: 629 940 354

**RELACIONES INSTITUCIONALES**

Paloma Tamayo Prada  
paloma@newmedicaleconomics.es  
Teléfono: 630 127 443

**REDACTORA JEFE**

Carmen M<sup>a</sup> Tornero Fernández  
redaccion@newmedicaleconomics.es  
Teléfono: 606 16 26 72

**COLABORADORES EXPERTOS****GESTIÓN PROFESIONAL**

Sofía Azcona Sanz,  
Directora General de Cofares  
Digital.



Lluis Bohigas Santasusagna,  
Economista de la salud.



Javier Carnicero Giménez de  
Azcárate,  
Consultor de Sistemas y Servicios  
de Salud.



Blanca Fernández-Lasquetty,  
Directora de EnferConsultly y Secre-  
taria de la Asociación Nacional de  
Directivos de Enfermería (ANDE).



Clara Grau Corral,  
Consultora en salud.



Elisa Herrera Fernández,  
Experta jurídica en Derecho  
Ambiental.



Marta Iranzo Bañuls,  
Directora de Marketing y Comuni-  
cación.

**ATENCIÓN AL PACIENTE**

Mercedes Maderuelo Labrador,  
Gerente de la Federación Española  
de Diabetes (FEDE).



M<sup>a</sup> Dolores Navarro Rubio,  
Directora de la Experiencia del Pa-  
ciente en el Hospital Pediátrico Sant  
Joan de Déu (Barcelona).



Virginia Pérez Rejas,  
Coach personal y enfermera.



Álvaro Lavandeira Hermoso,  
Abogado-Presidente del Instituto  
para la Investigación & Formación  
en Salud (IFSASALUD).



Carlos Mateos Cidoncha,  
Director de la Agencia de Comuni-  
cación COM Salud y Coordinador  
de #SaludsinBulos.



Fernando Mugarza Borque,  
Director de Desarrollo Corporativo  
del IDIS (Instituto para el Desarrollo  
e Integración de la Sanidad).



Boi Ruiz i García,  
MD PhD. Profesor Asociado de  
la Universidad Internacional de  
Cataluña.



Jorge Tello Guijarro,  
Fundador de Savana.



M<sup>a</sup> Carmen Ocaña García-Abadillo,  
Graduada en enfermería.

**RRHH**

Elena Fernández Carrascoso,  
Doctora en Psicología. Socia fun-  
dadora de N-ACCIÓN (Asociación  
para el Desarrollo del Coaching y la  
Inteligencia Emocional).



Manuel Antonio Férreo Cruzado,  
Doctor en Psicología. Socio fun-  
dador de N-ACCIÓN (Asociación  
para el Desarrollo del Coaching y la  
Inteligencia Emocional).



Teresa Gómez Anquela,  
Associated Partner de Action  
Coach and Engage & Grow Global.



Corpus Gómez Calderón,  
Directora de recursos humanos,  
comunicación y RSC en Marinasal-  
ud. Denia (Alicante).



Jaime Puente y C.,  
Socio Director de BAsideU.



Cristina Verdejo Gil  
Médico Especialista en Aparato  
Digestivo.

**DERECHO**

Mariano Avilés Muñoz,  
Abogado-director de Alianza Cuatro  
Asesores Legales.  
Presidente de la Asociación Española  
de Derecho Farmacéutico (ASEDEF).



Ofelia De Lorenzo Aparici,  
Directora área jurídico contencioso,  
Bufete De Lorenzo Abogados.



Ricardo De Lorenzo y Montero,  
Bufete De Lorenzo Abogados.  
Presidente Asociación Española de  
Derecho Sanitario.



María Fernández de Sevilla,  
Letrada del despacho  
Fernández de Sevilla.



Julio Hierro Herrera,  
Responsable del área de Corporate  
Compliance de Advocenttur  
Abogados.



Julio Sánchez Fierro,  
Abogado. Socio Director Área de  
Derecho Farmacéutico De Lorenzo  
Abogados.

**INNOVACIÓN  
Y NUEVAS TECNOLOGÍAS**

Óscar Gil García,  
Ingeniero de telecomunicación,  
Healthcare & Lifesciences senior  
manager en EY.



Verónica Pilotti de Siracusa,  
Especialista clínico de ventas en  
Masimo.





## *Especialistas en un modelo de salud sostenible*

*En Ribera Salud queremos garantizar el acceso universal a un servicio de salud integrado y sabemos hacerlo de manera sostenible.*

*En Ribera Salud apostamos por gestionar la sanidad de un modo distinto.*

*Bienvenidos a la gestión sanitaria del siglo XXI.*

Descubre más sobre nuestro modelo de salud sostenible en:  
<http://www.riberasalud.com/porta-del-ciudadano/>

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



**ribera salud grupo**

- 5 Políticas Sanitarias**  
La Oficina de Farmacia y el Sistema Nacional de Salud
- 7 El Termómetro**  
Y yo me pregunto
- 9 Salud, Dinero y Amor**  
Tecnología 5G. Efectos sobre la salud
- 11 RRHH-Gestión de Personas**  
Mi perro me inspira
- 15 Gestión**  
El paciente es el centro del sistema, pero menos
- 17 Diario de una Mariposa**  
¡No me mientas!
- 20 Cuestión de Justicia**  
El derecho a la protección de la salud (y II)
- 24 ¡Vive el coaching!**  
La fórmula del éxito
- 26 En Profundidad**  
Caricias frente a palabras
- 28 Entrevista**  
“Para garantizar nuestra independencia no hemos querido recibir ninguna subvención pública”
- 32 En Portada**  
Sistemas de salud: Un análisis global
- 52 Las Noticias de la Quincena**
- 58 Nombramientos**
- 59 Economía**
- 61 Sanidad Autonómica**
- 64 Biblioteca**

Envíe sus cartas, sugerencias y opiniones a través de nuestra web:  
[www.newmedicaleconomics.es](http://www.newmedicaleconomics.es)

*New Medical Economics* no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados.  
Asimismo, se reserva el derecho a adaptar y resumir los contenidos de los colaboradores



## Políticas Sanitarias

# La Oficina de Farmacia y el Sistema Nacional de Salud

Boi Ruiz i García

**E**l cambio de paradigma que significa la cronicidad de muchas enfermedades que antes acortaban la esperanza de vida, hace necesarias reformas estructurales en la organización de la prestación y la provisión de servicios del SNS. Ante la aparición de nuevas necesidades, son necesarios pasos más allá de la respuesta con acertados planteamientos y actuaciones de coordinación entre niveles que se vienen dando desde iniciativas diferentes. No puede sustentarse una respuesta eficiente en modelos presupuestarios, de competencias administrativas, organizativos y de gestión de recursos humanos aún propios de los paradigmas de las dos últimas décadas del pasado siglo. Es decir, de paradigmas forjados hace 40 años.

El éxito de nuestra atención sanitaria en el episodio agudo de muchas enfermedades o en el entrecimiento de su progresión, nos pone como reto el dar una respuesta sostenible y eficaz a las personas a quienes hemos beneficiado con una mayor esperanza de vida, y por lo tanto con un mayor envejecimiento. No solo una respuesta sanitaria sino una respuesta a sus necesidades sociales, que van desde un sistema de pensiones viable a una atención a su dependencia de terceros. Somos conscientes, además, que son muchas las personas afectadas por más de una



enfermedad crónica y con más de un tratamiento que requieren de intervenciones sanitarias de control de su evolución y de seguimiento y eficacia del tratamiento prescrito. La presión asistencial que esas intervenciones generan recae mayoritariamente sobre la Atención Primaria, que debe actuar, además de como primer nivel de resolución, como nivel de control continuo de la cronicidad. Es decir, pasando a tomar la posición central en un sistema que debe mirar cada vez más al paciente y con relación a su comunidad.

Somos muchos los que compartimos que, para garantizar la sostenibilidad del SNS, no solo requeriremos de más recursos económicos sino también de políticas de salud holísticas que rebajen la morbilidad y su carga de enfermedad. Para ello, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es una de las estrategias básicas, como lo es también el diagnóstico precoz.

Estamos viviendo también una corriente muy amplia, defensora del llamado empoderamiento de los pacientes y del autocuidado. Se van desarrollando las Escuelas de Pacientes en la mayoría de las CCAA con esa finalidad, siguiendo la estela que ya marcó en su día el Instituto Universitario



de Pacientes de la Universidad Internacional de Catalunya fundado por el Dr. Albert Jovell.

También las corrientes defendidas con relación a la humanización de la atención sanitaria, entre las cuales es referente la Fundación Humans, proponen el conocimiento adecuado por parte del paciente de sus distintos procesos clínico-terapéuticos y también el autocuidado.

En este contexto de prevalencia de las enfermedades crónicas, de la necesidad de su control evolutivo, de la necesaria prevención y del diagnóstico precoz, de la promoción de la salud y del autocuidado aparecen las Oficinas de Farmacia, conscientes del cambio de paradigma y de que su papel, circunscrito en la mayoría de los casos a la dispensación, debe reorientarse formalmente. Han propuesto, en muchos casos, ser partícipes

**“Para garantizar la sostenibilidad del SNS, no solo requeriremos de más recursos económicos sino también de políticas de salud holísticas que rebajen la morbilidad y su carga de enfermedad”**

de las intervenciones que los nuevos paradigmas requieren. Por otro lado, la valoración que de las Oficinas de Farmacia hacen los pacientes muestran una gran confianza en su desempeño. Un estudio del Instituto Universitario de Pacientes de la UIC así lo evidenció.

En aquellas CCAA en que la Oficina de Farmacia ha gestionado programas de diagnóstico precoz, como el de cáncer de colon o la prueba oportunista del VIH en el caso de Cataluña, han demostrado su idoneidad y eficiencia.

En el caso de Andalucía, los Sistemas Personalizados de Dispensación y Dosificación implantados en las farmacias han sido valorados satisfactoriamente por los médicos de Atención Primaria, por su aportación a la mejora en la adherencia a los tratamientos y en la prevención de errores en la toma de la medicación, especialmente por lo que hace a los más mayores.

Son muy numerosos los estudios, tanto en España como en los países de nuestro entorno, sobre la efectividad de la farmacia comunitaria en la gestión del paciente crónico, actuando de forma integral con los servicios de la Atención Primaria. La amplia red de farmacias y su capilaridad hacen de estas un colaborador con gran potencial. En promoción de la salud, en prevención, en diagnóstico precoz y en el manejo de síntomas menores y promoción del autocuidado puede y debe jugar un papel de *partner* de la Atención Primaria. También puede ser de gran eficiencia su papel en el control de las enfermedades crónicas, el seguimiento fármaco-terapéutico en pacientes crónicos frágiles y polimedificados.

Recientemente dentro de la campaña “*Stay Well Pharmacy*” promovida por el NHS británico, este insta a los padres a acudir al farmacéutico como primer punto de consulta para las enfermedades menores de sus hijos. El NHS ha estado también trabajando para ofrecer a través de la farmacia comunitaria servicios como el control del paciente asmático o la vacunación antigripal.

En un reciente trabajo, Rafael Guayta recuerda que ya en el Documento de Consenso de 2002 del Ministerio de Sanidad y Consumo se recoge la atención farmacéutica como “la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y en el seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico”, cooperando así con el médico prescriptor y la enfermería a alcanzar resultados de mejora para el paciente. Esta atención, según el Documento de Consenso citado “comporta también la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan la enfermedad”.

Tenemos, pues, el reto de encajar a las Oficinas de Farmacia en el SNS como parte integrante de la atención sanitaria y más allá de su función dispensadora, en base a las evidencias que lo avalen. El cambio de paradigmas en la demanda obliga a la adaptación de los paradigmas clásicos de la oferta y de las profesiones sanitarias, entre otras muchas cosas. De eso trata la solvencia, de la capacidad para hacerlo. Sin ella la viabilidad y sostenibilidad están huérfanas.

Profesor de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC) y Presidente de Know How  
boiruz@knowhowadvisers.com



## El Termómetro

# Y yo me pregunto

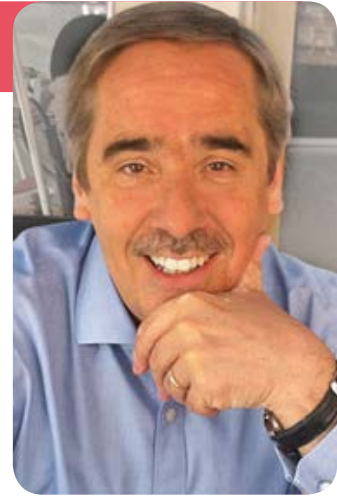
Fernando Mugarza Borque

**H**ace ya unos cuantos años decidí o mejor dicho las circunstancias decidieron que estudiara la carrera de medicina en mi tierra natal de Zaragoza, desde entonces han pasado muchas cosas, más de treinta y cinco años dan mucho de sí, y hoy contemplo con cierta nostalgia aquellos años de universidad, aunque bien es verdad que lo que yo ansiaba ser era piloto de aviación, algo que los años me han traído, aunque sea a pequeña escala.

Una de las circunstancias que siempre me llamaron la atención es que algunos profesores de la universidad tenían sus propios libros de texto que por supuesto, aunque no estabas obligado, era conveniente adquirir en la librería especializada de turno para poder seguir las clases de una forma reglada.

Otro aspecto llamativo que guardo en mi memoria son las consecuencias de la masificación, con clases atiborradas de alumnos y por supuesto con el déficit consiguiente del número y acceso al contenido práctico de cada asignatura.

Para finalizar y no caer en la tentación de ser un "cuenta batallas" mi recuerdo al finalizar la carrera fue no demasiado grato una vez que el número de plazas de acceso a la formación especializada no tenían nada que ver con las actuales, a lo



sumo se ofertaban algo más de un millar para cerca de treinta mil opositores.

La verdad es que nunca llegué a comprender cómo por un lado la boca del embudo era tan ancha cuando la salida del mismo era tan estrecha, ahora con la experiencia y el paso de los años comprendo que todo era debido a una falta evidente de previsión y de análisis de las necesidades reales del sistema. Cuántas ilusiones y vocaciones frustradas.

Llegados a este punto, alguno seguro que se preguntará ¿a qué viene esta diatriba? Voy a intentar aclararlo, el pasado domingo día 12 de mayo, viendo la televisión, las noticias en concreto, me llamó la atención una información que reproduzco en su literalidad "Un total de 140.000 enfermeros se enfrentan a las oposiciones por una plaza fija en 13 comunidades".

Mis sensaciones al escuchar La Sexta fueron las mismas que hace más de tres décadas como ya he comentado, y mi conclusión final fue que nada ha cambiado, seguimos con el mismo nivel de improvisación y con la misma falta de estrategia y de análisis de hace todos estos años.





No es ni comprensible ni aceptable que por un lado se anime y se abran las puertas a una formación compleja y costosa como es cualquiera de las especialidades que conforman las ciencias de la salud, para después de finalizados los estudios dar un portazo a quienes con tanto tesón, esfuerzo, ilusión y ganas han sacado adelante sus asig-

**“Me pregunto si realmente tenemos una idea clara del número de profesionales sanitarios que vamos a precisar en los próximos años atendiendo a las jubilaciones que se van a producir”**

naturas y han obtenido la cualificación y el título correspondiente.

Luego nos llevamos las manos a la cabeza ante informaciones que nos tratan de explicar que nuestros universitarios buscan otros caladeros para desarrollar su futuro y su carrera profesional en el ámbito de la salud, he aquí un ejemplo reciente “La incesante fuga de sanitarios: España duplica su demanda de médicos en Europa”. Es decir, desde las arcas del Estado que pagamos todos con nuestros impuestos sufragamos parte de la enseñanza reglada de titularidad pública y después por falta de previsión facilitamos de alguna forma que nuestros titulados desarrollen su actividad en otros países de nuestro entorno porque les abren las puertas y les incentivan mejor. Es decir, en España los formamos con todo lo que ello supone en cuanto a carga financiera para el país y nuestros vecinos, sin haber invertido un euro se los llevan preparados y dispuestos para el ejercicio de la profesión. En mi opinión, es esta una situación cuando menos reprochable que alguien debería hacerse mirar.

Ya como guinda del pastel leo hace unos días una información en un medio del sector, *Redacción Médica* en concreto, que complementa a las anteriores y que no deja de llamarme la atención “Cifra récord de sanitarios extranjeros en el SNS: ya son más de 66.000. El número de profesionales de la salud foráneos afiliados a la Seguridad Social ha aumentado un 14 por ciento en el último año”.

A todo esto, podemos añadirle todo el aderezo que se nos ocurra como el proveniente de las

siguientes informaciones aparecidas el pasado mes de febrero “Los alumnos de la privada harán prácticas sanitarias en hospitales públicos”. El Tribunal Constitucional entierra la reforma de la Ley de Salud que prioriza a las universidades públicas a la hora de garantizar las prácticas.

Ante un panorama de esta naturaleza me viene a la mente el empleo generado por la iniciativa privada en Sanidad, solo en el entorno asistencial privado el número de empleos supera los 266.000 de los cuales buena parte corresponden a titulados/graduados en medicina, enfermería y farmacia, así como de otras especialidades relacionadas con las denominadas ciencias de la salud.

No voy a extenderme más en este sucinto análisis, pero si pudiéramos hacer un sumatorio de todos estos ingredientes y de algunos otros más, la conclusión que surge al menos en mi forma de ver y entender las cosas es que algo estamos haciendo mal y de una forma recalcitrante porque a lo largo de los años poco o nada hemos aprendido. La visión estratégica en este aspecto de recursos humanos cualificados en el ámbito de la salud en su vertiente pública a corto, medio y largo plazo deja al menos que desear y no digamos nada de la búsqueda de las sinergias imprescindibles con el sector sanitario de titularidad privada también en esta materia, que es clave.

Llegados a este extremo, me pregunto si realmente tenemos una idea clara del número de profesionales sanitarios que vamos a precisar en los próximos años atendiendo a las jubilaciones que se van a producir, y puestos a dudar no digamos nada de la revisión de los programas académicos relacionados con nuevas disciplinas que ya son necesarias para un buen desarrollo de la profesión sanitaria. Me refiero a todo lo relacionado con las tecnologías de la información y la comunicación y a todo el intrincado y complejo mundo de la comunicación en su vertiente emocional, actitudinal, persuasiva... En fin, demasiados retos para un corto espacio de tiempo que no deja lugar a la tregua.

Director de Desarrollo Corporativo y  
Comunicación de la Fundación IDIS.  
Expresidente y Miembro de Honor de  
Forética. Profesor de Ética en la Universidad  
Pontificia de Comillas, IAI-ICADE.

[fmugarza@fundacionidis.com](mailto:fmugarza@fundacionidis.com)



## Salud, dinero y amor



# Tecnología 5G, ¿efectos sobre la salud?

Sofía Azcona Sanz

**5**G son las siglas utilizadas para referirse a la quinta generación de tecnologías de telefonía móvil. Harán posibles realidades como el coche autónomo, pero necesitamos más antenas y más próximas entre sí. Se habla de un mástil cada kilómetro aproximadamente. Un sistema que nos permitirá navegar por Internet a una velocidad de transferencia muchísimo más alta, permitiendo a más dispositivos conectarse al mismo tiempo. Tecnología clave para el desarrollo de ciudades inteligentes.

En España, según el 'Informe Cisco Visual Networking Index', sobre el tráfico de datos móviles, dice que en 2022 habrá 41 millones de usuarios móviles (el 88 por ciento de la población), y 103 millones de dispositivos inteligentes conectados.

"La llegada de la tecnología 5G es una parte fundamental de la transición del mundo a la era de la conectividad inteligente y, junto con los desarrollos en las áreas del IoT, macrodatos (*big data*) y la inteligencia artificial, está destinada a convertirse en un impulsor clave del crecimiento económico durante los próximos años", declaró Mats Granryd, director general de la GSMA, durante el pasado Mobile World Congress de Barcelona.

Sin embargo, más de 180 científicos y médicos de 36 países recomiendan un retraso en el despliegue de la tecnología 5G, hasta que los peligros potenciales para la salud humana y el medio ambiente hayan sido investigados por científicos independientes de la industria.

Suiza y Países Bajos la han bloqueado hasta que no se demuestre que no es nociva para la salud. El veto temporal de Suiza ha salido adelante con 58 votos a favor, 28 votos en contra y una abstención. Además, la moción insta al Consejo de Estado helvético a solicitar a

**"Esta cercanía de los móviles y las *tablets* que dejamos en la mesilla de de noche sí afecta a nuestro sueño, pero solo si están encendidos"**

la Organización Mundial de la Salud estudios científicos independientes, descartando como bueno informes realizados por entidades dependientes del gobierno suizo, como el que hizo la Oficina Federal del Medio Ambiente sobre las redes 5G.

En España, el Comité Científico Asesor en Radiofrecuencia y Salud garantiza que los niveles de radiación son inferiores a los que recomienda la Organización Mundial de la Salud. En su último informe confirma que la exposición a estas radiofrecuencias no tiene efectos adversos para nuestra salud.

En España, de momento, solo se han llevado a cabo proyectos piloto de 5G, como el de Telefónica en Talavera de la Reina y Segovia.



Hace unos años, en la cuenta de *Twitter* de la Policía Nacional aparecía un mensaje en el que se avisaba de que tener el móvil en la mesilla podría ser causa de insomnio. “La contaminación invisible de móviles y WiFi puede dejarte en vela”, afirmaban los responsables de comunicación de este cuerpo.

Esa cercanía de los móviles y las tablets que dejamos en la mesilla de noche sí afecta a nuestro sueño, pero solo si están encendidos ya que el peligro está en la llamada “luz azul” que emiten estos dispositivos: es captada por las células que se encuentran bajo los párpados, y estas se comunican con el cerebro haciéndole creer que ya es por la mañana.

Pero, ¿esto tiene que ver con las radiaciones de las antenas 5G?

### ¿Qué es la contaminación electromagnética?

Al igual que el ser humano ha modificado, a escala global, el aire del planeta con elementos tóxicos, también ha modificado el entorno electromagnético natural. Llamamos contaminación electromagnética al conjunto de ra-

diaziones del espectro electromagnético generadas, por el hombre, de forma artificial. La contaminación electromagnética también es conocida por su nombre en inglés *electrosmog*.

La influencia de campos exógenos puede alterar los procesos biológicos, llegando a producir efectos adversos en la salud. Los niveles de exposición a estas radiaciones son cada día mayores y los posibles efectos, en exposiciones a largo plazo, son aún desconocidos.

¿Tenemos que preocuparnos? La comunidad médica casi al completo ha negado que sea peligrosa a pesar de que sus síntomas, como recuerda la OMS, son muy reales (algunos individuos demuestran su hipersensibilidad electromagnética).

Por otro lado, hay una oposición al 5G en las redes sociales, similar a la oposición a los productos químicos o a las vacunas. ¿Tiene esta resistencia un factor común? Un miedo ancestral a la evolución...a lo desconocido...o es una desinformación guiada por intereses políticos...y si fuera realmente contaminación electromagnética, ¿seríamos capaz de renunciar a lo que nos ofrece?



## RRHH - Gestión de Personas



# Mi perro me inspira

Jaime Puente C.

**H**ace unos días leí, en una de mis múltiples lecturas sobre todo tipo de curiosidades, que las personas tienen la capacidad de inspirarse en los animales, concretamente en los perros. Al parecer así lo han hecho muchos músicos, diseñadores de moda, pintores, escultores... Lo que más me sorprendió fue que también lo han hecho profesionales no artistas, como abogados, economistas, médicos y personas pertenecientes a otras profesiones, cuya mascota perruna les ayudaba a inspirarse cuando se tenían que enfrentar a algún reto, trabajo, experiencia, o cuando necesitaban potenciar su vena creativa.

Y resulta que ¡yo también tengo perro! Bueno es de mi hija, pero lo tengo en calidad de préstamo mientras estudia lejos de casa, y, como en muchos casos, al final el deseo de los hijos se convierte en la obligación de los padres.

A lo que íbamos... que resulta que tengo perro y yo sin aprovechar la inspiración. Así que ahora cada día que salgo a pasear con él le observo y le digo, mirándole a los ojos: ¡inspírame un poco, por favor; lo necesito!

Durante uno de estos paseos buscando la inspiración recordé que, viendo hace unos años en un avión la película *Invictus*, me llamaron la atención unas reflexiones que Nelson Mandela (Morgan Freeman) le hacía al capitán de los "Springboks", François Pienaar (Matt Damon), antes de enfrentarse a la selección de Nueva Zelanda en la final del campeonato del mundo de rugby de 1995 en el Ellis Park de Johannesburgo:

"- Dime François –preguntó Mandela- ¿Cuál es tu filosofía del liderazgo? ¿Cómo inspiras a tu equipo para ser los mejores?

-Con el ejemplo. Yo lidero siempre con el ejemplo, señor.

- Eso es correcto. Exactamente. Pero, ¿cómo hacer que sean mejores de lo que ellos mismos piensan? Pienso que eso es muy difícil. Con inspiración, quizás. ¿Cómo se hace para inspirarnos para ser grandes cuando no hay otra alternativa? ¿Cómo inspiramos a todos los que nos rodean? Pienso que es apoyándose en el trabajo de otros. En la prisión de Robben Island, cuando las cosas iban muy mal, yo encontraba inspiración en un poema.

- ¿Un poema?

-Un poema victoriano. Eran solo palabras, pero me ayudaban a estar de pie y erguido cuando todo lo que yo quería era tumbarme.

En otro momento de la conversación Mandela le comenta que durante su estancia en Barcelona durante los juegos olímpicos de 1992, en un momento en que el futuro de Sudáfrica se veía muy oscuro, todo el estadio le recibió con la canción *Nkosi Sikelel* (Dios Bendiga a África), y él se sintió orgulloso de ser sudafricano y aquello le inspiró a regresar a su país y dar lo mejor, e hizo que pudiera esperar más de sí mismo.

La conversación termina diciéndole al capital de los Springboks:

-Necesitamos inspiración, François, porque para construir nuestra nación, tendremos todos que superar nuestras propias expectativas.

Sorprendentemente, los Springboks superaron todas las expectativas, se clasificaron y vencieron en la final de la Copa Mundial, tras enfrentarse con el equipo de Nueva Zelanda, los All Blacks -conocidos como el equipo de rugby más exitoso del mundo en aquel entonces-, a los que vencieron por primera vez en la historia. Las calles de la ciudad de Johannesburgo se llenaron de personas en unánime celebración, sin distinción de etnia o de condición social.

Algo parecido ocurrió en España cuando la selección española de fútbol se proclamó campeona del mundo en 2010, por cierto, también en Sudáfrica.

Si la inspiración es capaz de alumbrar acontecimientos como el que acabo de relatar es porque emociona a las personas y las lleva a la acción. En nuestro entorno político, social, profesional y familiar necesitamos inspiración; necesitamos que las personas que nos rodean nos inspiren e ins-

pirar nosotros también, con el objetivo de poder superar nuestras propias expectativas.

En algún sitio he leído que la inspiración no es permanente, que es repentina, que uno no puede vivir todo el tiempo en estado de inspiración sin temor a parecer de otro planeta o estar abusando de sustancias alucinógenas, que al final le traerán malas consecuencias para el cuerpo y para la mente. Pero buscar la inspiración de vez

**“La inspiración es más que una fuerza mental y física, es una fuerza emocional y espiritual que hace que las personas logren cosas extraordinarias a un nivel superlativo”**

en cuando es un ejercicio, además de higiénico, reconfortante y generador de energía, de paz y de ganas de vivir y compartir.

Es cierto que no podemos estar repartiendo inspiración como si se tratara de fruta, “a ti te doy, pero a ti no”, “me pone cuarto y mitad de inspiración, que hoy tengo una entrevista de trabajo o



una presentación profesional”, o “inspíreme un poquito, que hoy me enfrento a un reto importante”. No, esto no funciona así. La inspiración la tiene que buscar y encontrar cada uno en la vida cotidiana a partir de todos los elementos -vivos o no- que nos rodean.

También debemos distinguir entre “estar inspirado” y “estar inspirando”. En el primer caso uno mismo se inspira con algo o de algo y es el único sujeto de la acción. Sin embargo, “estar inspirando” a otros es la acción que emana de un individuo, animal o cosa que, sin ser necesariamente consciente de lo que está haciendo, está influyendo en una persona o en un grupo de una determinada manera. Ya lo decía Don Camilo, no es lo mismo “estar dormido” que “estar durmiendo”, como no es lo mismo “estar jodido” que “estar jodiendo”. Es decir, que “estar inspirado” es una acción individual, mientras que “estar inspirando” es una acción colectiva.

Generalmente se dice que la inspiración no se trabaja, que no requiere entrenamiento, que no aparece por deseo, voluntad o por esforzarse en tenerla, sino que llega cuando le da la gana. Como compuso Joan Manuel Serrat en una de sus canciones, “es que las musas han pasado de mí, estarán de vacaciones”. Sí, las musas, esas nueve diosas que en la Antigua Grecia llevaban a los poetas, músicos, artistas y pensadores a crear sus mejores obras. Aunque, por otro lado, Picasso decía: “cuando llegue la inspiración, que me encuentre trabajando”.

Necesitamos que los responsables en el mundo del trabajo, en la familia, en la política, en definitiva, todos aquellos que ostenten cualquier tipo de responsabilidad, se inspiren y, a su vez, sean capaces de inspirarnos a los ciudadanos, a los trabajadores, a jóvenes y menos jóvenes, a hombres y mujeres. Con la sabiduría que les es propia y su ejemplo, han de ser capaces de influir en el entorno. Las personas inspiradoras generan admiración, placer, curiosidad y, lo que es más importante, motivación y ganas de hacer cosas, llevando a otros a ponerse en movimiento.



Una sociedad motivada a través de la inspiración es capaz de salir a la calle en una manifestación sin importar las banderas, las ideas políticas, la raza, el sexo o cualquier rasgo de diversidad.

También en las empresas los líderes inspirados e inspiradores hacen que los trabajadores se sientan verdaderamente comprometidos con lo que hacen.

La inspiración es más que una fuerza mental y física, es una fuerza emocional y espiritual que hace que las personas logren cosas extraordinarias a un nivel superlativo. Por cierto, haciendo un repaso por la historia de la política he descubierto que la mayoría de los presidentes de Gobierno han tenido o tienen perro; no sé si será porque necesitan mucha inspiración. En cualquier caso, deberían pasear más tiempo con ellos porque... así nos va.

Socio Director de Besideus

[jpuente@besideu.es](mailto:jpuente@besideu.es)

Changing tomorrow



## En Astellas estamos comprometidos en convertir la innovación científica en soluciones médicas que aporten valor y esperanza a pacientes de todo el mundo.

Trabajamos diariamente para hacer frente a necesidades médicas aún sin resolver, centrándonos en Oncología, Urología, Antiinfecciosos y Trasplante como áreas terapéuticas prioritarias, avanzando al mismo tiempo en nuevas áreas aprovechando el desarrollo de técnicas de investigación innovadoras. De esta manera, seguimos dedicándonos a cubrir las necesidades de los pacientes a quienes nunca dejaremos de apoyar.

A través de este compromiso ofrecemos a los pacientes la esperanza de un futuro mejor y aspiramos a liderar las áreas terapéuticas en las que somos expertos, involucrándonos en aquellas que aún presentan necesidades médicas no cubiertas. Por medio de la innovación, seguiremos identificando y desarrollando nuevas formas de mejorar la salud de los pacientes.

**En Astellas trabajamos para lograr que nuestro lema *cambiando el mañana* sea una realidad.**

[astellas.es](http://astellas.es)

 **astellas**



## Gestión

# El paciente es el centro del sistema, pero menos

Javier Carnicero Giménez de Azcárate

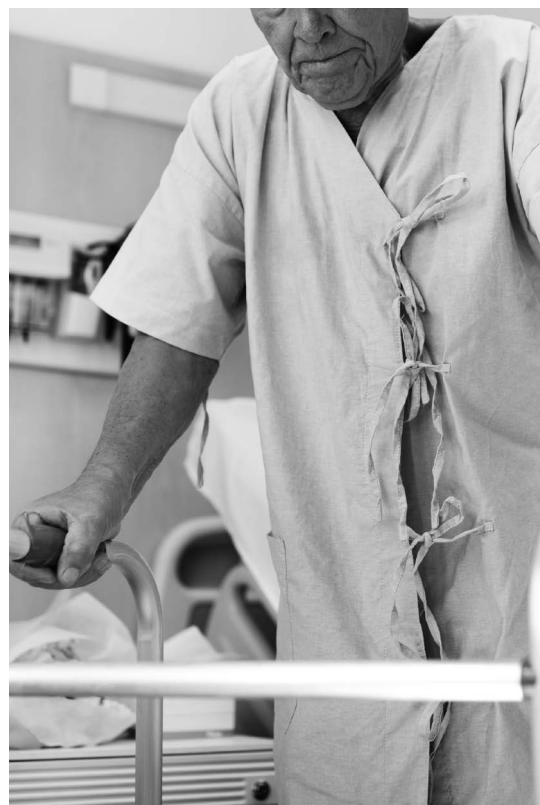


**H**ace unos días un periódico local publicaba una carta al director de un paciente atendido en un hospital público. En el escrito contaba su experiencia en el centro sanitario. En síntesis, en su carta manifestaba que había sido ingresado para una intervención de cáncer de próstata, y reprochaba varios fallos cometidos considerándolos una “flagrante falta de profesionalidad”. Con estas palabras.

Refiere que el día de la intervención se encontró con un estuche de aseo personal y que se duchó, como estaba programado. Al rato apareció una señora de la limpieza, “por cierto amabilísima”; siempre según sus palabras, que le preguntó si le habían rasurado. Cuando respondió que no, la señora comentó que “aunque no es lo mío le voy a rasurar”. El celador que lo llevó al área quirúrgica le trasladó por unos sótanos húmedos, fríos, que el paciente denomina galerías de mantenimiento. Según refiere, llegó a la zona quirúrgica tan descompuesto que la intervención tuvo que retrasarse hasta que se recuperó. El retorno desde la unidad de reanimación a su habitación tuvo lugar con considerable retraso, según le dijeron porque el celador tenía el teléfono desconectado o sin batería. Al llegar a su habitación, siempre según el paciente, se olvidaron de conectar el oxígeno. El motivo de comentar este incidente es la respuesta que se publicó en el mismo medio de comunicación varios días después.

En la carta de respuesta, que firman 56 profesionales del hospital, destacan los siguientes puntos. Lo primero que hacen es aclarar que quien rasuró al paciente era una técnico auxiliar. A con-

tinuación, explican que el motivo por el que había dicho al paciente “que no era lo suyo” es que esa tarea le correspondía a otra técnico. Sobre el traslado por los sótanos húmedos y fríos, los 56 profesionales le remiten al Servicio de Atención al Paciente. En relación con la demora en su traslado de la unidad de reanimación, los 56 profesionales le responden que el celador que tenía que hacer el traslado atiende varios servicios y que los lleva a cabo “según se estime la prioridad”.





Para terminar, le contestan sobre el olvido de la conexión de oxígeno, que ya fue subsanado por el personal de la planta, aunque no dicen que eso ocurrió horas después.

Siempre que se presenta la estrategia de cualquier hospital, servicio de salud o centro sanitario, se comienza diciendo que el paciente es el centro de nuestra atención. Siempre me he mostrado escéptico sobre estas afirmaciones, basta comprobar cuándo tienen lugar la mayoría de las consultas, exploraciones y tratamientos, casi siempre por la mañana; o cómo se gestionan las citas; siempre según la organización de cada servicio y raras veces pensando cuándo le resulta más fácil al paciente.

Con respecto al caso comentado, si se tenían dudas sobre lo ocurrido por la posible subjetividad de quién se queja, al leer la respuesta de 56 profesionales, se confirma que para ellos el paciente desde luego no es el centro de atención. Qué necesidad tendría la técnico auxiliar de estropear su más que correcta atención, el paciente elogia su amabilidad, diciendo que esa tarea no era suya. Qué necesidad tendrían los 56 profesionales en insistir sobre este punto una vez aclarado

**“Resultado preocupante que 56 profesionales se molesten tanto por la carta de un paciente y no sean capaces de reflexionar acerca de su actitud”**

el malentendido de la cualificación profesional de la amable técnico. Al paciente no le importa, ni le tiene que importar “a quién le toca”, lo que le importa es que le rasuren bien, y si es posible con amabilidad. Qué necesidad tienen los 56 profesionales de remitir al Servicio de Atención al Paciente a quién se queja. No se le ocurre ni al personal de enfermería de la planta, ni al celador, que en el sótano hace frío, que el paciente se dirige con preocupación a una intervención quirúrgica, que va poco abrigado, y que podría mejorar mucho su estado una simple manta. Finalmente,

sobre su retorno a la planta, nadie parece percibir que una llamada a la habitación hubiera aliviado considerablemente la angustia de los familiares del paciente por la prolongación de su estancia en la unidad de reanimación. Además de todo lo anterior, se produce un fallo potencialmente grave en la seguridad del paciente, la falta de conexión del oxígeno, pero se despacha diciendo que ya se subsanó. Llama la atención que a un paciente que regresa por la noche de la unidad de reanimación, no le reciba una enfermera de la planta y quede en manos de un celador la conexión de oxígeno.

Resulta preocupante que 56 profesionales se molesten tanto por la carta de un paciente y no sean capaces de reflexionar acerca de su actitud, que denota una falta de compromiso con el sistema público, que seguro los 56 dicen defender; una falta de empatía con una persona que sufre una intervención quirúrgica y con su familia; y un problema de seguridad de pacientes al que no se concede importancia. Lo importante en este caso no es lo ocurrido. Lo importante es la respuesta y lo que esa respuesta significa.

La dirección del centro no parece haberse preocupado, al menos hasta el momento, sobre la situación de los sótanos por los que transitan los pacientes encamados; no existe un procedimiento para que se abrigue al paciente; ni tampoco parece haber un procedimiento de reingreso en la planta después de una intervención quirúrgica.

Todo esto no es un caso aislado, seguro que todos conocemos situaciones similares, de “esto no me toca”, “vaya a atención al paciente”, “estamos ocupados” y expresiones y actitudes similares. Si de verdad se defiende el sistema público todos deberíamos situar al paciente en el centro del sistema. Todos. Pero de verdad.

Consultor de sistemas y servicios de salud

[javiercarnicero@cognitiosalud.es](mailto:javiercarnicero@cognitiosalud.es)

## Diario de una Mariposa

# ¡No me mientas más!

Virginia Pérez Rejas

¿Quién no ha mentado alguna vez? ¿Quién no ha dicho alguna vez una mentira piadosa?

Es cierto que todos hemos mentado en alguna ocasión por diversas finalidades. No pasa nada si las mentiras se hacen de forma puntual. Lo que se considera como mentira piadosa se considera normal, puesto que forman parte de nuestra vida, de nuestro día a día. El problema viene cuando la mentira se hace de forma constante o de forma regular y empiezan a formar parte de nuestra vida, de nuestro día a día y se integran de tal manera en nosotros que se convierten ya en un hábito.

Son muchas las personas que lo tienen integrado hasta tal punto que las hacen suyas, y se creen sus propias mentiras. ¿Te has parado a pensar cómo funciona la mente de un mentiroso? ¿Crees que todas las mentes funcionan igual?

Las personas que mienten de manera repetida, dejan de tener respuestas emocionales con sus propias falsedades. Las mentes de las personas que mienten de manera continua son mentes que se encuentran entrenadas para dicho fin. La mentira se considera una habilidad más, con lo cual solo es cuestión de práctica para que se convierta en una habilidad excelente, difícil de reconocer. Los cerebros de las personas que están acostumbradas a mentir, poco a poco entran en un estado de desensibilización progresiva, haciendo de las mentiras un estilo de vida dejando de lado el sentimiento de culpa o cualquier otro tipo de emoción.

Como bien sabemos, la amígdala, juega un papel importante a la hora de expresar emociones. En el caso de las personas mentirosas, la amígdala no reacciona, creando tolerancia u omitiendo cualquier reacción emocional. Desaparece la sensación de culpa y los remordimientos o preocupaciones por emitir una mentira. La mente



del mentiroso funciona de manera diferente. Las personas mentirosas necesitan tener memoria y cierta frialdad emocional. Estudios revelan que los cerebros de los mentirosos patológicos tienen un 14 por ciento menos de sustancia gris y entre un 22-26 por ciento de sustancia blanca en la corteza prefrontal, lo que significa que el cerebro de una persona mentirosa establece más conexiones entre sus ideas y sus recuerdos. Esta conectividad les permite, a los mentirosos, dar mayor consistencia a las mentiras y tener un acceso más rápido a dichas asociaciones.

Si hiciéramos un perfil psicológico de la persona mentirosa podríamos decir que se caracteriza por ser una persona insegura, de autoestima baja. Son personas que, o no hablan mucho o por el contrario se dedican a desarrollar una historia y hablar en todo momento de ella. Cuando se les descubre en la mentira, se convierten en la víctima de la historia, teniendo también reacciones de mucho enfado o tristeza. Son personas que cuando son descubiertas, no hacen otra cosa más que negar en todo momento lo ocurrido hasta que se llega a un punto en el cual ya no se sostiene más y es descubierto.

Podemos hablar de las siguientes cualidades de las personas mentirosas.

**1. Inteligencia:** las personas mentirosas tienen esta virtud. Son personas inteligentes, saben cómo engañar y hasta dónde tienen que llegar con la mentira para no ser descubiertos.

**2. Frialdad:** actúan de manera fría, no les importa nada a las personas que tengan que involucrar o poner en compromiso. Su finalidad es mentir y no ser descubiertos.



**3. Desconfianza:** dudan de la palabra de los demás. Si él miente, piensa que todos mienten. Son desconfiados con la gente.

**4. Extroversión:** se caracterizan por ser cautivadores, encantadores, amables, simpáticos con las personas. Así les es más fácil envolver y cautivar a las personas.

**5. Buena memoria:** necesita tener buena memoria para acordarse de lo que ha dicho a cada persona y en cada momento y así no ser pillados.

Podemos saber si una persona nos miente o no a través de sus gestos. En las personas mentirosas, la duración de su gesto y de su expresión emocional es anormal. Poseen una expresión física más rígida y fingida, están en tensión y los movimientos tanto de brazos, como de piernas y manos son muy pocos. Se tocan de manera constante la cara, muestran preocupación subiendo la ceja y formando arrugas en la frente, sudación excesiva.

Uno de los indicios del engaño es la incongruencia entre lo que se dice y lo que se transmite a través de la comunicación no verbal.

Podemos hablar de tres razones o motivos por los cuales los gestos, pueden desvelar un engaño:

1. El mentir provoca cierto miedo, estrés y esfuerzo: esto se traduce en gestos y expresiones que podemos observar sin problema.
2. La necesidad de controlar toda la información. Son expertos en controlar la información.
3. El mentir lleva a conductas no verbales involuntarias.

Cuando las expresiones emocionales duran pocos segundos, eso es un signo de que se está diciendo la verdad. La sonrisa es otra señal. Nos ayuda a disimular una expresión emocional, de ahí que tengamos la risa falsa, y la risa nerviosa ayudando a esconder una emoción que no se quiere mostrar.

Todos hemos oído hablar en alguna ocasión de los mentirosos patológicos. Los mentirosos patológicos, son personas a las cuales les cuesta de una manera considerable el dejar de mentir.

Las personas mentirosas suelen tener un desorden psicológico denominado mitomanía.

Esta patología se caracteriza por tener una ausencia en el control de las mentiras. Son mentirosos compulsivos, elaboran historias paralelas a su propia vida real. En muchas ocasiones se desarrolla a través de pequeñas mentiras derivando en una red de mentiras patológicas y compulsivas.

Para poder tratar esta patología se tiene que llevar a cabo un tratamiento psicológico, trabajando la autoestima, punto importante en las personas mentirosas. La baja autoestima les lleva a los mentirosos a inventarse historias para así crear una realidad ficticia, la cual se terminan por creer y así sentirse mejor.

*“Una mentira puede salvar el presente, pero condena el futuro”-Buda-*

Alumna del “Máster de coaching, inteligencia emocional, relacional y ciencia cognitiva” de N-Acción

Virpere2@hotmail.com

Instagram: @virperecoach

Facebook: Virginia Pérez Coaching con Alma y Corazón

# ABIERTO EL PLAZO DE CANDIDATURA PARA LOS

# PREMIOS 2019

Para todos aquellos que deseen optar como candidatos a los **Premios New Medical Economics 2019**, deben enviar un mail por candidatura a [redaccion@newmedicaleconomics.es](mailto:redaccion@newmedicaleconomics.es), en el que debe indicarse de forma clara:

**Categoría a la que se opta:** [acceder a la lista de categorías](#)

**Datos de la entidad:** denominación, datos de contacto (dirección completa, mail, teléfono) y persona de contacto (dirección completa, mail, teléfono – en caso de ser diferentes a los de la entidad).

En el caso de que una **agencia de comunicación** sea la intermediaria entre la institución y New Medical Economics en la presentación de candidatura, deben añadirse los datos de contacto de la entidad para lograr una mejor comunicación con la candidata.

**Adjuntar un dossier**, máximo de 5 páginas de extensión, exponiendo los motivos por los que la institución cree que debe ser candidata para recibir el premio.

La fecha límite para enviar la candidatura será el **30 de junio de 2019**.

Los candidatos se publicarán en nuestra página web y en la revista, y además se les dará la adecuada cobertura informativa a posteriori.

**Bases de los Premios 2019:** [acceder a las bases](#)

Para más información: [secretariatecnica@newmedicaleconomics.es](mailto:secretariatecnica@newmedicaleconomics.es)

## Categorías

Mejor artículo aparecido en NME 2019	Mejor labor de humanización sanitaria
Hospital público con mejor gestión	Internacionalización de la actividad sanitaria española
Hospital privado con mejor gestión	Mejor proyecto en salud digital 2019
Institución sanitaria con mejor colaboración público-privada	Mejor iniciativa de transformación asistencial
Mejor política de RSC	Promoción de resultados en salud y experiencia del paciente
Aseguradora de servicios sanitarios	Comunidad Autónoma con actividad sanitaria más innovadora
Mejor campaña de divulgación sociosanitaria	Mejor entidad sanitaria
Desarrollo de la investigación	Mejor personalidad sanitaria del año
Promoción de la innovación	Mejor trayectoria profesional sanitaria



## Cuestión de Justicia

# El derecho a la protección de la salud (y II)

Álvaro Lavandeira Hermoso



Con motivo de la celebración del Día Europeo de los Derechos del Paciente, creado con el objetivo de acceder a los servicios de salud que precise cada persona, sin discriminación alguna; tratamos de encontrar en el último artículo de la sección de “Cuestión de Justicia” el fundamento de cómo se estructura el derecho a la protección de la salud en España, intentando responder a las preguntas sobre: cómo se configuran los derechos de los ciudadanos respecto de la protección de su salud, cómo se conforma este derecho y cuáles son sus límites.

Emplazamos al referido artículo para recordar los aspectos tratados entonces sobre el derecho a la protección de la salud; aunque recordamos brevemente como exponíamos que

este derecho era un principio fundamental en nuestro Estado, que se configura como un derecho de todo ciudadano a exigir un número de prestaciones sanitarias conforme a la dignidad humana y al nivel de desarrollo social y económico de cada Estado. Igualmente, reflexionábamos sobre este derecho contemplado en el artículo 43 de nuestra Constitución, singularizándolo como un derecho de contenido marcadamente prestacional que implica sobre todo, un mandato de actuación para los poderes públicos.

En relación a lo anterior podemos colegir que el Derecho a la Protección de la Salud se encuentra interconectado con otros preceptos del texto constitucional, que tratan, entre otros; sobre la protección de las personas con discapacidad, la protección de personas mayores y, en general, la protección de los consumidores y usuarios; lo que hace que se pueda inferir que el bien “salud”, entendido en un sentido amplio, ha recibido en nuestra Constitución una cualificada valoración, con un fuerte protagonismo del Estado.

Este protagonismo público se ha visto configurado en la legislación sobre la materia, de modo que la Ley General de Sanidad, habla de manera prolija: de “servicios públicos de salud”, “administraciones públicas sanitarias”, “sistema sanitario público” o de “asistencia sanitaria pública”; derivándolo del contenido del propio mandato constitucional.



En este mismo sentido, ha tenido ocasión de pronunciarse nuestro Tribunal Supremo afirmando que “la naturaleza de la acción sanitaria deberá concebirse como un servicio público, máximo después de la declaración constitucional del artículo 43.2, de que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios”.

La consideración de la prestación sanitaria como un servicio público no implica la asunción de la titularidad de dicha actividad, sino la obligación del Estado de crear un sistema sanitario suficiente. Por ello, la declaración de la Sanidad como servicio público supone el reconocimiento de un Derecho individual (sub-

**“Puede decirse que el derecho a la protección de la salud aporta el fundamento constitucional para una política de salud integral”**

jetivo) a obtener de los poderes públicos una acción protectora frente a una necesidad de carácter sanitario sentida socialmente. A resultados de tal situación, el Estado deberá crear y organizar el oportuno servicio que garantice la satisfacción de este derecho individual. Y ello es así porque la Constitución establece que España se constituye en un Estado social y democrático de derecho. Esta afirmación del Estado social de derecho es, ante todo, un principio constitucional de inmediata aplicación. No cabe duda, entonces, que el Estado social tiene la consideración de auténtico valor del Ordenamiento Jurídico, de forma que, produce impacto en todo el Ordenamiento. Por ello, además de un valor, tiene la significación de una obligación, tal y como ha sentenciado nuestro Tribunal Constitucional.

Por tanto, los poderes públicos deben establecer los principios necesarios para garantizar, no ya la ausencia de enfermedad, sino el bienestar físico psíquico y social, tal y como establece la Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud de 1946.



La Sanidad en la actualidad, se configura como un servicio público, siguiendo el mandato constitucional del artículo 43, en el que se establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de las prestaciones y los servicios necesarios. Así, el derecho a la protección de la salud establecido en la Constitución obliga al Estado a establecer un servicio público adecuado que garantice una correcta asistencia sanitaria.

En definitiva, el derecho a la protección de la salud opera básicamente como un mandato de actuación dirigido a los poderes públicos, sin perjuicio de su función de límite negativo, como garantía de irreversibilidad de unos contenidos mínimos ya alcanzados en la protección sanitaria de población por nuestro sistema sanitario.

Puede decirse que el derecho a la protección de la salud aporta el fundamento constitucional para una política de salud integral. Una política de salud integral que, por un lado, debe garantizar una asistencia sanitaria adecuada a toda la población y, por otro, debe hacer frente eficazmente a los diversos factores o condicionantes que pueden incidir negativamente sobre la salud de las personas

Por tanto, se puede concluir que el derecho constitucional a la protección de la salud se materializa o articula a través de un profuso conjunto de derechos reconocidos por la legislación ordinaria que constituyen su plasmación jurídico-legal y que poseen la configuración de derechos subjetivos exigibles ante los órganos administrativos y jurisdiccionales competentes en cada caso. Un conjunto de derechos ciertamente numeroso y de contenido variado que muestra notoriamente la amplitud de las derivaciones y aspectos que presenta el concepto de "salud" y la complejidad de las relaciones jurídicas que están involucradas en el mismo.

Entre estos derechos reconocidos en la legislación sanitaria, se encuentra el derecho a la asistencia sanitaria pública con todo su amplio contenido, que se recoge en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, en la que se especifican las diferentes prestaciones de carácter preventivo, curativo o rehabilitador, así como también los cuidados paliativos que garantiza el sistema.

Tal derecho a la asistencia sanitaria, entendido en un sentido amplio, se integra también con derechos de carácter complementario o instrumental, como son: los vinculados con los aspectos informativos y documentales de la asistencia (información y documentación clínicas), los relacionados con la libertad del paciente (libre elección de médico, consentimiento a las intervenciones y tratamientos médicos), con las condiciones de lugar y tiempo en que se presta la asistencia (garantías de asistencia a personas desplazadas de su lugar habitual de residencia y existencia de unos tiempos máximos de espera marcados por la regulación aplicable a las correspondientes listas de espera), o con los niveles de calidad de la atención médica.

Abogado-Presidente del Instituto para la  
Investigación & Formación en Salud (IFSASALUD)  
[alvaro.lavandeira@ifsasalud.com](mailto:alvaro.lavandeira@ifsasalud.com)



**MÁSTER OFICIAL**

## MÁSTER UNIVERSITARIO EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE INSTITUCIONES SANITARIAS



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA**

CAMPUS EN MADRID

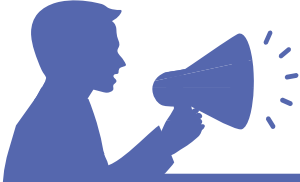
**Dr. D. José M<sup>a</sup> Barahona Hortelano**

**Dr. D. José M<sup>a</sup> Martínez García**

**Dr. D. Francisco de la Gala Sánchez**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA  
SALUS INFIRMORUM**

MÁS INFO: [mastergestionsanitaria@salusinfirmorum.es](mailto:mastergestionsanitaria@salusinfirmorum.es)



¡Vive el coaching!

## La fórmula del éxito

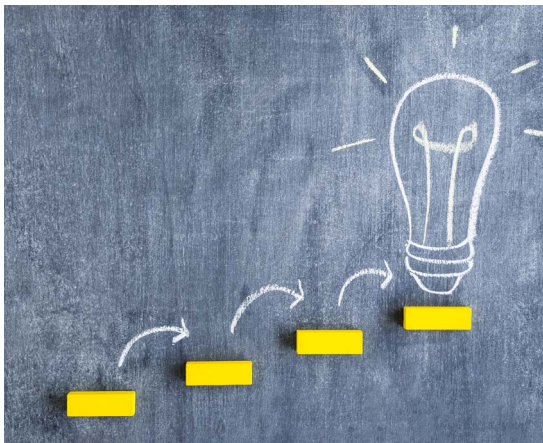
Jessica Arroyo



¿Sabemos qué hace falta para triunfar? Sí, hay una fórmula universal, que implica esfuerzo y trabajo, y es aplicable para cualquier persona. Si además eres empresario o dueño de negocio, es especialmente importante que la pongas en práctica si quieres obtener unos resultados extraordinarios en tu negocio y en tu vida.

El éxito, en cualquier área de la vida, debe siempre comenzar con una imagen muy clara de los resultados que deseamos obtener. Si no sabemos cuál es el objetivo, es imposible saber si hemos logrado el éxito o no. Por eso, el paso número uno es fijarnos metas, y unas metas claras que sean **SMART** (eSpecíficas, Medibles, Alcanzables, Realistas y con un plazo de Tiempo).

Las personas que utilizan esta fórmula que os vamos a proponer, en el orden correcto, son siempre triunfadores, líderes o personas de éxito, pero desgraciadamente menos del 2 por ciento de la población la aplica.



Estas son solo unas pequeñas ideas iniciales, pero si las pones en práctica, solo o con ayuda, tu vida y tu negocio pueden dar un giro radical.

En primer lugar, tenemos que trabajar en nuestro **SER**, en cómo somos como personas, y en lo que nos tenemos o queremos que convertir. Lo primero que me tengo que preguntar a mí mismo es: ¿Quién quiero SER/en quién me quiero convertir, y como me quiero sentir? Pero esa identidad nuestra, que está formada por nuestras creencias, valores y habilidades, debemos tener en cuenta que se ve continuamente influenciada por todo lo que nos rodea: la educación que hemos recibido dentro y fuera de casa; nuestro entorno cercano de familia, amigos y conocidos; nuestras experiencias previas, tanto positivas como negativas; lo que escuchamos y leemos,... Pero para desarrollar nuestro **SER** necesitamos invertir tiempo y recursos en nosotros mismos, y es fundamental que tengamos claro qué tipo de persona soy o aspiro a ser y trabajar en ello. Los grandes líderes o empresarios trabajan continuamente en su yo interior, en tener una mente abierta a aprender, en ser flexibles para poder cambiar si hace falta y en crecer como personas. ¿Cómo podemos conseguir todo eso? Podemos leer, nos podemos formar, o nos podemos dejar guiar por alguien experto. Si tenemos unas creencias y valores fuertes y claros, nuestro destino estará mucho más cerca de nosotros. El **SER** es la parte que normalmente menos trabajamos, pero la más importante, y la que definitivamente nos va a ayudar a que el resto de la ecuación funcione. Es fundamental "escarbar" en nosotros mismos, en nuestro propósito en la vida.





A continuación, debemos trabajar en las acciones que nos van a ayudar a alcanzar el resultado deseado, en resumen, tenemos que **HACER** aquello que nos acercará a nuestra meta. En este caso la pregunta que nos tenemos que hacer es más sencilla: ¿Qué tareas o acciones debo realizar para alcanzar mi objetivo? Y aunque la pregunta parece fácil, las respuestas tienen que ser completas, y ejecutarlas normalmente requieren un esfuerzo importante por nuestra parte; necesitamos ir tomando las decisiones adecuadas, debemos ser constantes y eficientes y normalmente también nos demandan tiempo para realizarlas. Es muy importante ir midiendo siempre los progresos,

“El éxito, en cualquier área de la vida, debe siempre comenzar con una imagen muy clara de los resultados que deseamos obtener”

y analizar en cada caso si cada acción que estás realizando realmente te está acercando al destino que buscamos. Si hemos trabajado previamente de forma correcta en nuestro **SER**, y tenemos claro la persona en la que nos queremos convertir y cómo nos queremos sentir, eso nos va a ayudar en el camino del **HACER** para no tener frustraciones, y no rendirnos antes de tiempo. Es habitual que cometamos errores, pero hay que aprender de ellos y utilizar esas enseñanzas para seguir progresando. También tenemos que buscar y

aprovechar las oportunidades que se presenten en nuestro camino. Pero es clave no distraerse y centrarse en las acciones verdaderamente importantes que nos llevarán donde queremos ir.

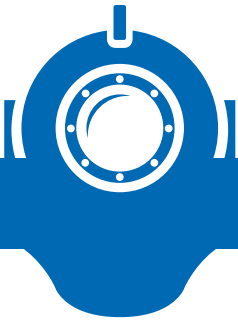
Si hemos trabajado correctamente en ambas áreas llegaremos a obtener nuestra meta, llegaremos a **TENER** aquello que habíamos deseado: mayores beneficios, tiempo, dinero,... pero esto es un resultado, y nos debemos quejarnos de la falta de resultados si no hemos trabajado antes en nuestro **SER**, en cómo pensamos y nuestro **HACER**, las acciones que tomamos.

### **SER x HACER = TENER**

Es muy importante que aunque la fórmula la representamos como una multiplicación, cualquier alteración en el orden de trabajo de estos factores no producirá el mismo resultado.

ActionCoach

jessicarroyo@actioncoach.com



## En Profundidad

# Caricias frente a palabras

Edurne Otegui Iridoy y Anabel Campos García



**E**l lenguaje es primordial ya que tiene unas funciones muy importantes en los seres humanos: es un instrumento del pensamiento y nos llevará a tomar o no acción. Por este motivo ayuda en la regulación de la conducta dirigida, es un medio que sirve para acceder a la información y la cultura y sirve para transmitir pensamientos, ideas, emociones, proyectos...

Hay dos tipos de lenguaje, el lenguaje receptivo (habilidad para entender) y el lenguaje expresivo (habilidad para expresar). Ambos son necesarios para poder mantener una comunicación.

La comunicación con un paciente con demencia avanzada puede ser tan difícil que puede empeorar su estado conductual.

Como bien sabemos, a medida que progresa la enfermedad, el lenguaje, como una más del resto de funciones cognitivas, va sufriendo limitaciones.

En la fase inicial el enfermo puede presentar problemas para encontrar las palabras con frases más pobres. Esto puede interferir en su capacidad para mantener conversaciones y disminuir la iniciativa para hablar ya que es consciente de lo que ocurre. Más tarde pueden comenzar a aparecer dificultades en la comprensión de frases o ideas complejas.

En fases moderadas, al agravarse los síntomas anteriores el discurso resulta menos fluido, con tendencia a utilizar palabras comodín para sustituir al vocabulario más simple no encontrado. El lenguaje se vuelve pobre, vacío y con más circunloquios. La comprensión también puede verse deteriorada notablemente. Tienen dificultad

en expresar ideas y pensamientos, saben lo que quieren decir pero no les sale, o les sale otra palabra y la falta de comprensión puede variar, desde no entender las palabras a no entender un texto o un discurso.

En las fases más graves, el paciente puede carecer de iniciativa para comunicarse o hablar. Su comunicación se puede reducir a ecolalias, palilalias y estereotipias. Por otro lado, la comprensión se puede limitar a un material extremadamente simple y con necesidad de ayuda del contexto en el que se produce.

En esta etapa avanzada, con un marcado déficit en el lenguaje, es cuando más problemática conductual del tipo irritabilidad/agresividad, pueden aparecer. Esto es fácilmente entendible si pensamos que el enfermo puede tener necesidades que no puede expresar y así mismo la familia puede insistir mediante el lenguaje verbal en tareas que el paciente no llega a comprender, así mismo puede darse todo lo contrario, que el



enfermo esté tan aislado que sea imposible comunicarse con él.

Hay necesidades de los pacientes que nunca podemos olvidar.

Una persona con una demencia avanzada, por mucha limitación lingüística que tenga, necesita que le hagan sentir felicidad, necesita el contacto con familiares y amigos, necesita sentir seguridad y comodidad. Todos merecemos ser tratados con dignidad y respeto.

Aquí van unas sugerencias para facilitar esta difícil situación:

- Nunca debemos hablar delante de ellos como si no estuvieran.
- Debemos usar un lenguaje simple y cotidiano y que evite los términos complejos, utilice oraciones cortas y sin complicaciones apoyadas por la comunicación no verbal.
- Estaremos atentos a los mensajes no verbales que nos transmite.
- Estimularemos cualquier tipo de comunicación, ya sea hablada, gestual, señalando o dibujando.
- Intentaremos presentar la información en pequeñas partes con órdenes simples, una detrás de otra.
- Podemos usar ejemplos y analogías.
- Intentaremos mantener un tipo de conversación natural y apropiada para un adulto.
- Es importante minimizar al máximo las distracciones, como por ejemplo el ruido de una radio/TV, en la mayor medida posible.
- Preguntaremos y valoraremos la opinión de la persona, especialmente con respecto a los asuntos familiares.
- Debemos darle tiempo para que acabe de contarle lo que quiere.
- Tenemos que tener en cuenta que el nivel de comprensión de su familiar puede variar de un día a otro e incluso dentro de una misma actividad.

- Cuando vaya a hablarle, debe situarse dentro de su campo visual, que le mire a la cara, para asegurarse de que le está atendiendo.

Debemos recordar que el ejercicio físico regular, una dieta saludable, las relaciones sociales y la estimulación cognitiva actúan como factores protectores de nuestras funciones cognitivas y mejoran nuestra calidad de vida.

La estimulación y el trabajo sobre esta función, el lenguaje, será siempre interesante y enriquecedora, ya que nos ayudará a mejorar la comunicación y a convivir con el entorno y con quienes nos rodean.

Los principales objetivos a trabajar serán: trabajar el lenguaje oral y escrito, afianzar la ortografía, trabajar la denominación, clasificar y categorizar conceptos, desarrollar el lenguaje espontáneo, facilitar la comprensión lectora, trabajar los elementos del lenguaje no verbal, reforzar la lecto-escritura, ampliar el vocabulario y la fluidez verbal y mejorar el lenguaje hablado y escrito.

Cuadernos AKKER son cuadernos de ejercicios de Estimulación Cognitiva para adultos, diseñados siguiendo las bases neurobiológicas anteriormente mencionadas.

Con Cuadernos AKKER se entrenan todas las funciones cognitivas implicadas en los procesos degenerativos. En el programa de estimulación cognitiva desarrollado en estos cuadernos, cada tarea va asociada a una función cognitiva determinada. Cada ejercicio suele actuar de un modo más global, estimulando otras funciones cognitivas que está interrelacionadas.

Los Cuadernos AKKER disponen de 3 niveles y 5 cuadernos distintos:

> **Nivel A:** deterioro cognitivo asociado al envejecimiento (GDS 2, Reisberg).

> **Nivel B:** deterioro cognitivo leve (GDS 3 de Reisberg).

> **Nivel C:** demencia de inicio (GDS 4 de Reisberg).

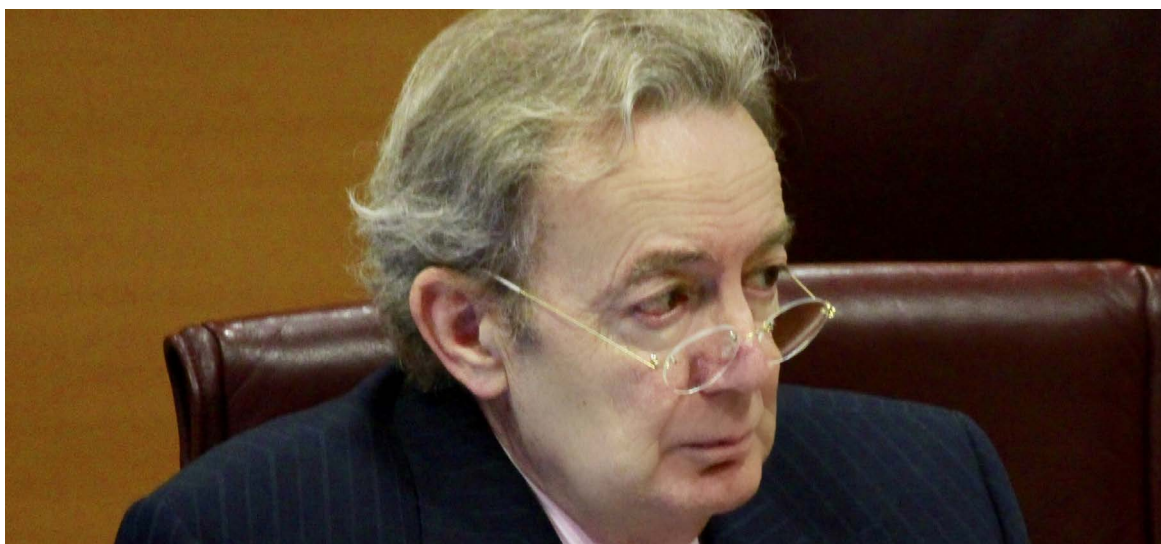
Ambas Socio-Fundadoras de Cuadernos AKKER



## Entrevista

**Ignacio Para Rodríguez-Santana,**  
Presidente de la Fundación Bamberg

**“Para garantizar nuestra independencia no hemos querido recibir ninguna subvención pública”**



*Ignacio Para Rodríguez-Santana es un economista experto en gestión y política sanitaria y tecnologías de la salud. Además de presidente de la Fundación Bamberg, es vicepresidente de la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud, secretario general de la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud y consejero del Instituto Choiseul para la estrategia y la inteligencia económica. Ha escrito 14 libros entre los que figuran varios libros de ensayo y de poesía, así como varios capítulos de libros y multitud de artículos y conferencias sobre Sanidad y economía.*

### **¿Cuál es la historia de la Fundación Bamberg? ¿Cómo, cuándo y por qué nace?**

La Fundación Bamberg es una fundación privada que nace un nueve de junio de 2004, hace ya 15 años, resultado de la iniciativa de varias personas independientes que vieron que había que crear una voz no supeditada a ningún interés político o empresarial, que trabajara en defensa de la excelencia en la Sanidad, tanto en el ámbito de la gestión como en el tecnológico, terapéutico,

clínico, organizativo y, en definitiva, asistencial, impulsando y ayudando a definir las mejores políticas sanitarias y las mejores estrategias para la gestión asistencial. Se inscribió en el Registro de Fundaciones el 17 de julio de 2004. Este año celebramos el XV aniversario con la presentación de un Consejo Asesor y un Consejo Científico renovados.

## ¿Cómo ha evolucionado la Fundación en estos 15 años de andadura?

Hemos evolucionado conforme ha ido evolucionando el contexto en el que la Fundación se desarrollaba y las necesidades que se han evidenciado a lo largo de estos años. Inicialmente el énfasis de la Fundación estaba en el impulso de las tecnologías, de las tecnologías sanitarias, de las tecnologías de la información y la comunicación, las TIC y las tecnologías biosanitarias, en el apoyo a la innovación. Conforme fue pasando el tiempo, sin abandonar este objetivo, la Fundación se ha ido focalizando sobre la búsqueda de las mejores políticas sanitarias y de gestión asistencial, con el fin de garantizar la viabilidad de nuestro sistema sanitario, la excelencia en la gestión y la accesibilidad a las innovaciones terapéuticas y los mejores tratamientos en términos de igualdad para todos los españoles. Hoy en día, somos la Fundación que más ha trabajado en este sentido y gozamos de un gran reconocimiento en los ambientes políticos y de la gestión sanitaria.

Desde su creación en 2004 hemos desarrollado más de 270 actividades públicas, encuentros, conferencias, congresos, reuniones de trabajo, etcétera. en las que han participado las más altas autoridades del Estado y de las comunidades autónomas, invitando también a las de otros países como Portugal, Inglaterra, Francia, Argentina, Brasil, Colombia, Perú,...

## ¿Qué tipo de actividades desarrolla?

La Fundación Bamberg trabaja con la participación de profesionales sanitarios, gestores y políticos de todo signo creando grupos de trabajo para la identificación de los peligros que acechan y debilidades que sufre el sistema sanitario así como la puesta en valor de sus fortalezas y orientando sobre las oportunidades de mejora, al margen de cualquier interés partidista.

Para ello, organiza jornadas de trabajo con expertos de diferentes áreas del conocimiento médico y sanitario, planteando temas de debate referentes al modelo sanitario, su eficiencia y sostenibilidad, a la accesibilidad y equidad en relación con los tratamientos más innovadores y eficaces

para combatir las enfermedades y a los retos que se nos presentan con el avance vertiginoso de la tecnología y la biomedicina. También organiza jornadas públicas de debate e información sobre temas tales como la innovación, financiación, la eficiencia, la sostenibilidad y la reforma del sistema sanitario. Como resultado de estas actividades publica libros en los que se recogen estas ideas y los hace llegar a todos los inductores o decisores del sistema sanitario.

## Uno de los objetivos de la Fundación Bamberg es contribuir a la mejora del sistema sanitario, ¿qué aportaciones ha realizado al sistema a lo largo de su historia?

Creo que nuestras publicaciones, como *El Modelo de Futuro de Gestión de la Salud, La Sanidad en Peligro, Ideas Para la Reforma Sanitaria, Accesibilidad y Equidad en La Innovación Terapéutica, Ideas para la Sostenibilidad de la Atención al Cáncer y Un Nuevo Sistema Sanitario para España, La despolitización de la Sanidad, Financiación y gestión de la prestación de la atención farmacéutica, La renovación de nuestro Sistema Sanitario, La transformación de la Asistencia Sanitaria* han sido referentes en la toma de decisiones de los diferentes agentes sanitarios, políticos, gestores y clínicos. Y tenemos en curso otras publicaciones como *El Impacto de la Nueva Medicina en el Sistema Sanitario* y otras más.

Con nuestras actividades públicas, en las que participan como ponentes, debatientes u oyentes, personas con capacidad de inducir o desarrollar acciones de mejora en la Sanidad, hemos ayudado a difundir las mejores ideas en la búsqueda de la excelencia y la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

## ¿Con qué apoyos cuentan para llevar a cabo sus actividades?

La Fundación Bamberg es una fundación independiente privada que nace como resultado de la iniciativa de varias personas independientes que vimos que había que crear una voz no supeitada a ningún interés político o empresarial, que trabajara en defensa de la excelencia en la

Sanidad. Para la realización de nuestras actividades hemos recibido siempre el apoyo moral y la ayuda por parte de todos los agentes relacionados con la salud, profesionales, académicos, políticos... Y contamos con un comité institucional al que pertenecen instituciones tales con el CNIO, el CSIC, el CNIC, BIOEF y otras muchas, también de Portugal e Iberoamérica, y con un Consejo Científico donde están las figuras más relevantes del sector de la salud. Para la realización de nuestras actividades normalmente recibimos el apoyo en toda España de otras muchas instituciones como el Senado, el Congreso, las Reales Academias, los Colegios Profesionales, el Ministerio y la Consejerías, las Sociedades Científicas, las Universidades, etcétera.

### ¿Cuáles son sus fuentes de financiación?

Para garantizar nuestra independencia no hemos querido recibir ninguna subvención pública ni hemos querido desarrollar ningún contrato con la Administración Pública, sea esta del carácter que fuera. Como la Fundación no responde a ningún legado ni depende de ninguna empresa, nuestra financiación es siempre mediante patrocinio del desarrollo de nuestras actividades garantizando que no haya prevalencia de ningún sector, sea este farmacéutico, tecnológico, alimentario, científico, asegurador o provisor de servicios asistenciales, manteniendo siempre el carácter de independencia tanto de los intereses de la industria como de los intereses partidistas

políticos.

### ¿Por qué se desarrolla esta labor desde una Fundación? ¿Qué ventajas ofrece esta institución?

Lógicamente, dado que esta actividad se realiza sin ánimo de lucro, esta podría desarrollarse bien como Asociación o como Fundación. En nuestro caso el objetivo no es el de representar los intereses de un grupo, sea este de profesionales, de pacientes o de gestores sanitarios, sino trabajar, a iniciativa de nuestro patronato, para ofrecer a políticos, profesionales sanitarios, pacientes y gestores, planteamientos e ideas que puedan servir para la mejora de nuestra sanidad. Ese es el motivo de que la figura no sea la de una Asociación.

No obstante, una Fundación tiene muchas más obligaciones de todo tipo que las asociaciones. Nuestra Fundación, en cuanto que entidad de ámbito estatal, rinde cuentas al Protectorado de Fundaciones en el Ministerio de Cultura y no a una comunidad autónoma en particular.

### ¿En qué están trabajando actualmente?

Actualmente estamos trabajando en tres proyectos principales, uno sobre "El Impacto de la Nueva Medicina en el Sistema Sanitario", impacto que no será solamente clínico sino también financiero, económico académico, asistencial, organizativo y



en investigación y en resultados en salud; un impacto social. Para ello vamos a reunir a expertos en genómica, medicina molecular, regeneración celular, fisiología, inmunología, metabolómica, microbiótica, diagnóstico por imagen/medicina nuclear e informática biomédica; además de expertos en formación universitaria, organización y gestión hospitalaria y asistencial, atención primaria, farmacia, investigación, etcétera.

También estamos trabajando en la determinación del "Modelo Político del Sistema Sanitario", con la colaboración de los portavoces del Congreso y del Senado, de los consejeros de Sanidad y de los portavoces de los parlamentos de las principales CCAA.

Finalmente, estamos incursos en la celebración de un ciclo de encuentros con los equipos de las Consejerías de Sanidad bajo el lema de "Preparando hoy la Innovación de Mañana", encuentros que ya hemos realizado recientemente en Galicia y en Andalucía.

### ¿Qué objetivos tiene a corto plazo?

Vamos a seguir trabajando para superar el oscurantismo y conseguir la transparencia de nuestro sistema sanitario, el reconocimiento del mérito, la accesibilidad a los tratamientos terapéuticos y a las nuevas tecnologías sanitarias en términos de igualdad y la libre elección en todo el territorio nacional, por la transformación y la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario público. Vamos a trabajar por conseguir que no se use la Sanidad como arma política con planteamientos demagógicos e insostenibles económica y socialmente, para que no se tomen decisiones dogmáticas sino basadas en la sensatez y el sentido común. Para que desaparezca la demagogia y la mentira. Vamos a trabajar por la dignidad de nuestros profesionales y por el reconocimiento de nuestros investigadores, por la dignidad de los pacientes. Vamos a trabajar por el bienestar de profesionales y pacientes y por la defensa de la industria sanitaria pública y privada.

### Usted es un experto en gestión sanitaria, ¿qué opina de la colaboración público-privada?

Tras la edición del libro *El Modelo de Futuro de Gestión de la Salud* que elaboramos a partir de las ideas recogidas de 100 expertos, los más relevantes de nuestro sector sanitario, presentado en 2011 en el XXV aniversario de la Ley General de Sanidad, editamos en 2014 un documento, llamado *Un Nuevo Sistema Sanitario para España. La despolitización de la Sanidad*, en el que se marcan las líneas generales o bases fundamentales para el desarrollo del nuevo sistema. En este libro proponíamos la diferenciación entre financiación, aseguramiento y provisión de servicios sanitarios, siendo el financiador la Administración Pública con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, y, con un modelo de cobertura universal, en el que contemplábamos la posibilidad de concurrencia de aseguradoras privadas junto a la aseguradora pública. En este libro proponíamos la libre elección en todo el territorio nacional; la financiación capitativa de las áreas de gestión sanitaria de gestión pública o privada, y, por tanto, finalista, con interfacturación entre centros de manera que creáramos un modelo de competitividad en el que pudieran concurrir entidades públicas, privadas o mixtas, que necesariamente lleva a una optimización de los costes y una lucha por la excelencia, la calidad y la mejora de salud de los ciudadanos.

En este sentido, no solamente este modelo contempla la colaboración público-privada sino que transforma el modelo de gestión pública, de carácter administrativo, funcional y presupuestario, por un modelo de gestión sujeta al derecho privado y con las mejores herramientas de la gestión privada. Es un Modelo que en parte se inspira en la experiencia de éxito del Modelo Alcira y del Modelo Muface que trasciende la dicotomía entre público y privado. Para el que quiera profundizar en el modelo, recomiendo a todos su lectura.



# Sistemas de salud: un análisis global

## Comparación internacional de sistemas sanitarios seleccionados

A continuación reproducimos algunos de los aspectos que consideramos más importantes del Estudio elaborado por el Servicio de Estudios de MAPFRE: **Sistemas de salud: Un análisis global**, previa autorización de la Fundación MAPFRE.

---

[Ver el estudio completo](#)



## Presentación

La salud es un derecho fundamental del individuo cuya protección está encomendada generalmente a los poderes públicos. En las últimas décadas, una de las principales preocupaciones de los gobiernos nacionales y organismos internacionales ha sido avanzar hacia la cobertura sanitaria universal de la población, es decir, que todas las personas puedan recibir servicios sanitarios de calidad, sin que tengan que enfrentarse por ello a dificultades económicas. A pesar de que se han conseguido importantes avances en este propósito, se estima que la mitad de la población mundial todavía no puede acceder a los servicios de salud que precisa.

Además del acceso universal a los servicios de salud, los sistemas sanitarios enfrentan diferentes problemas a los que los gobiernos buscan dar solución. En este sentido, y para contribuir al de-

**“La salud es un derecho fundamental del individuo cuya protección está encomendada generalmente a los poderes públicos”**

bate en torno a la problemática que afecta a los sistemas de salud, el Servicio de Estudios de MAPFRE ha realizado este informe que ahora publica Fundación MAPFRE, el cual aborda la situación actual de los sistemas de salud y los retos futuros a los que se enfrentan, enfatizando en el papel que el seguro privado puede jugar en la atención de la salud de los ciudadanos, ya sea a través de su participación en la gestión de las políticas públicas, o bien complementando y ampliando las coberturas obligatorias básicas. En este sentido, el estudio realiza un análisis comparativo de sistemas sanitarios para un conjunto de países seleccionados, los cuales representan modelos que, por sus diferentes características, pueden ser una referencia en el diseño de políticas públicas en esta materia.

El principal objetivo de Fundación MAPFRE es contribuir al bienestar de los ciudadanos y de la sociedad, y mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las personas, especialmente de los más desfavorecidos. Con la publicación de este informe, Fundación MAPFRE busca seguir difundiendo el conocimiento y la cultura

del seguro y de la previsión social y, en esa medida, coadyuvar al logro de ese gran propósito fundacional.

## Marco conceptual

### Esquema del estudio

Los seguros de salud son una línea de negocio de gran relevancia para la industria aseguradora a nivel global. Se trata, sin embargo, de un segmento en el cual el rol de las compañías de seguros viene determinado, en gran medida, por el modelo sanitario del país en el que operan.

Actualmente, existe una tendencia general a extender la cobertura sanitaria de forma universal a la totalidad de las personas residentes de cada país, como recomiendan distintas organizaciones internacionales, entre las que destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este proceso es fruto de una evolución histórica que continúa su curso.

En aquellos países en los que ya se ha implantado la cobertura sanitaria universal, la forma de prestar esa cobertura sigue diferentes modelos con una diversidad en la tipología y participación de instituciones y proveedores sanitarios, en las fuentes de financiación y en el alcance de la cobertura. Existen también diferencias en el último objetivo que no siempre es la consecución de una cobertura universal gratuita sino, en ocasiones, la cobertura universal a un coste razonable con una protección especial gratuita o fuertemente subsidiada para aquellos sectores de la población más desprotegidos, tratando de cubrir los fallos de mercado.

En el presente estudio se ha llevado a cabo un análisis de una selección de sistemas sanitarios a nivel global, incluyendo modelos que incorporan alguna característica que les diferencia del resto y que pueda ser una referencia a la hora de diseñar políticas públicas relacionadas con los sistemas sanitarios.

Así, se incluye en el análisis de este estudio a once modelos presentes en diferentes regiones del mundo: en Norteamérica y América

Latina (Estados Unidos, México, Brasil y Chile), en Oceanía y Asia (Australia, Japón y Singapur), y en Europa (España, Francia, Holanda y Reino Unido).

Siguiendo el marco conceptual que se detalla en el siguiente apartado, en cada uno de los sistemas analizados en este informe se da una idea del modelo sanitario siguiendo una estructura de pilares relacionados con la cobertura obligatoria, la cobertura voluntaria a través de una relación laboral en la que las empresas deciden complementar la cobertura sanitaria de sus trabajadores y la cobertura voluntaria individual. Se incluye también un análisis de la evolución de la penetración de los seguros privados (primas de los seguros de salud respecto al PIB), del gasto sanitario total y cuando se ha dispuesto de información suficiente, de las cuotas de mercado de las principales compañías o grupos aseguradores que operan en esta línea de negocio.

Asimismo, se han analizado una serie de indicadores de gasto, fuentes de financiación, capacidad, uso, estado, riesgos para la salud y calidad de los sistemas con el fin de facilitar su comparativa y dar una referencia de la situación de los países analizados respecto al valor medio de estos indicadores de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Por último, se ha elaborado un indicador sintético para valorar la eficacia de los sistemas sanitarios a partir de otros indicadores utilizados habitualmente y que reflejan, directa o indirectamente, la eficacia de los referidos sistemas. Este indicador sintético al que se ha denominado "Indicador de Eficacia de los Sistemas de Salud (IESS)", se ha construido para 180 países a partir de la esperanza de vida al nacer, del porcentaje de fallecimientos de niños menores de cinco años respecto a los fallecimientos totales en un período quinquenal y del porcentaje de muertes por enfermeda-

des no transmisibles (NCDs) entre los treinta y los setenta años.

Con el fin de dar una idea de los distintos sistemas sanitarios y del entorno en el que se desarrolla el negocio de los seguros de salud, a continuación, se describe el marco conceptual utilizado en el presente estudio, el cual sigue una estructura de pilares, que busca facilitar el análisis comparativo del rol asumido por el sector público y el privado en la cobertura de la asistencia sanitaria en cada modelo. Los pilares considerados son los siguientes:

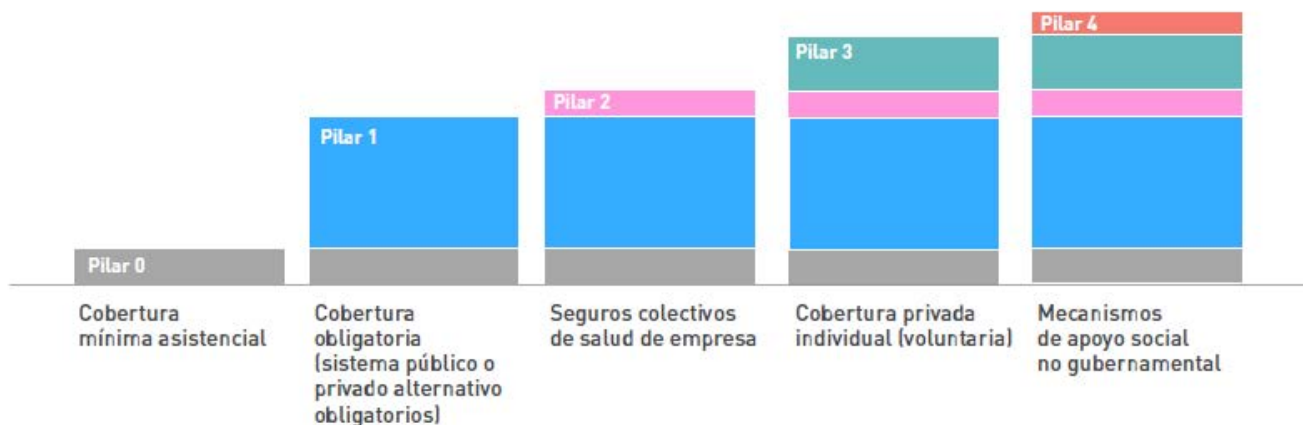
#### **Pilar 0: Cobertura mínima asistencial**

Este pilar básico asistencial engloba aquellas coberturas sanitarias mínimas disponibles, en su caso, para las personas a las que no cubre el sistema público o alternativo privado obligatorio. Conviene señalar que las coberturas contempladas en este pilar no existen en aquellos países que tienen implantada una cobertura universal obligatoria, si bien en ocasiones existen coberturas mínimas para extranjeros no residentes que necesitan atención médica en un determinado país y que no disponen de medios para costearla, las cuales formarían parte de este pilar.

#### **Pilar 1: Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)**

La forma de evolucionar hacia un determinado modelo de cobertura sanitaria y su concepción es determinante a la hora de determinar el peso de este pilar de cobertura obligatoria. Dada la tendencia generalizada a implantar modelos de cobertura sanitaria pública universal, este pilar

### **Esquema conceptual: pilares para el análisis de los sistemas de salud**



suele jugar un papel fundamental. Las características principales de los distintos modelos se pueden sintetizar en las siguientes categorías.

### **Modelo bismarkiano**

La financiación de este tipo de modelo es pública, realizándose fundamentalmente a través de cotizaciones de los trabajadores y empresarios, deducidas de las rentas del trabajo. La provisión de los servicios suele ser una combinación público-privada, y la cobertura alcanza a los trabajadores y a sus familias.

El origen de este esquema de cobertura sanitaria suele vincularse con los gremios y cofradías de la Edad Media, los cuales ofrecían los servicios de médico, botica y entierro a cambio de una cuota periódica, y que posteriormente inspiraron al canciller prusiano Otto von Bismarck en el establecimiento de un sistema de previsión destinado a proporcionar a los trabajadores una protección económica frente a determinadas contingencias, entre ellas la enfermedad. Típicamente, en este tipo de sistemas los usuarios gozan de una mayor capacidad de elección de los proveedores de servicios sanitarios.

El principal problema de este tipo de sistemas (que opera con base en la técnica aseguradora) está en el cálculo de las cotizaciones, que debiera hacerse en base a datos de morbilidad, y en las consecuencias en el caso de que las cotizaciones sean insuficientes para atender a los gastos sanitarios corrientes. Asimismo, estos sistemas pueden generar problemas de equidad respecto de aquellas personas desempleadas que, por lo tanto, no estarían bajo la protección de la seguridad social.

### **Modelo Beveridge**

El origen de este modelo de cobertura de salud tuvo su origen en el Reino Unido y se basa en el principio general de que toda persona tiene derecho al mejor tratamiento médico existente, independientemente de sus medios económicos. Este modelo debe su nombre a Sir William Beveridge, responsable del informe de 1942 (*Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services*) dirigido al Parlamento Británico sobre el cual se construyó en 1948 el sistema de salud de aquel país.

En términos generales, la financiación de este tipo de sistemas es pública mediante los impuestos generales, y la provisión de los servicios sani-

tarios se rige por el principio de cobertura universal para los residentes de un país. Suelen ser modelos más integrados y con una mayor equidad, si bien la libertad de elección del usuario se encuentra restringida y puede derivar en problemas de accesibilidad (listas de espera).

### **Modelo liberal (Modelos sanitarios de libre mercado)**

El principio general que subyace a este tipo de modelos es la consideración de los servicios sanitarios como una actividad de libre mercado y, por lo tanto, no sometidos a regulación pública específica. Sin embargo, en los países en los que predomina esta visión de la protección sanitaria suele existir una regulación mínima sobre las condiciones para su ejercicio (v.gr., licencias profesionales), aunque la utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda. Además, suele coexistir una mínima contribución por parte de las autoridades públicas, la cual se limita a la atención de determinados grupos vulnerables de la población que por su edad o medios económicos quedarían sin acceso a una atención sanitaria adecuada, tratando de cubrir de esa forma los fallos del mercado.

**“El sistema sanitario español responde al denominado modelo Beveridge de amplia cobertura”**

En estos modelos, el usuario realiza directamente el pago al proveedor, sin intermediarios de ningún tipo o, frecuentemente, a través de compañías privadas de seguros.

### **Otra tipología de modelos**

Existen otros sistemas sanitarios que no pueden encajarse entre los anteriores modelos bien porque presentan características mixtas que los desdibujan, o porque no tienen un diseño ajustado a los patrones habituales de los referidos modelos.

Asimismo, es importante destacar que, en la mayoría de los casos, estos modelos tipológicos no se presentan de manera pura. Usualmente, alguno de esos esquemas predomina en un país, con la presencia de rasgos que caracterizan a otros modelos de protección sanitaria.

## Pilar 2: Seguros colectivos de salud de empresa

En este pilar se ubican los mecanismos o seguros de salud que algunas empresas ofrecen a sus trabajadores, de manera complementaria a la cobertura obligatoria y como parte de los incentivos laborales. En ocasiones, los gobiernos estimulan la presencia de estos esquemas complementarios a través de la implementación de un régimen fiscal favorable.

Es importante señalar que, en ocasiones, los datos disponibles no permiten distinguir este pilar del correspondiente a la cobertura privada individual. Por ello, cuando ha sido posible en este estudio se ha dado una idea del volumen que representa respecto de los servicios sanitarios cubiertos a través de la cobertura privada individual.

## Pilar 3: Cobertura privada individual (voluntaria)

En este pilar se incluyen los servicios prestados a través de compañías aseguradoras privadas, o bien directamente por los proveedores de servicios sanitarios. Usualmente, se trata de un pilar complementario a los servicios de salud que los usuarios obtienen a través de los pilares 1 y 2.

## Pilar 4: Mecanismos de apoyo social no gubernamental

Finalmente, este pilar abarca los apoyos en materia de servicios de salud (usualmente básicos) que son brindados a grupos vulnerables de la población directamente por organizaciones no gubernamentales (ONGs), los cuales por lo general se prestan de forma complementaria y paralela a los sistemas institucionales de salud. Por ello, se trata de un pilar complementario que sale de

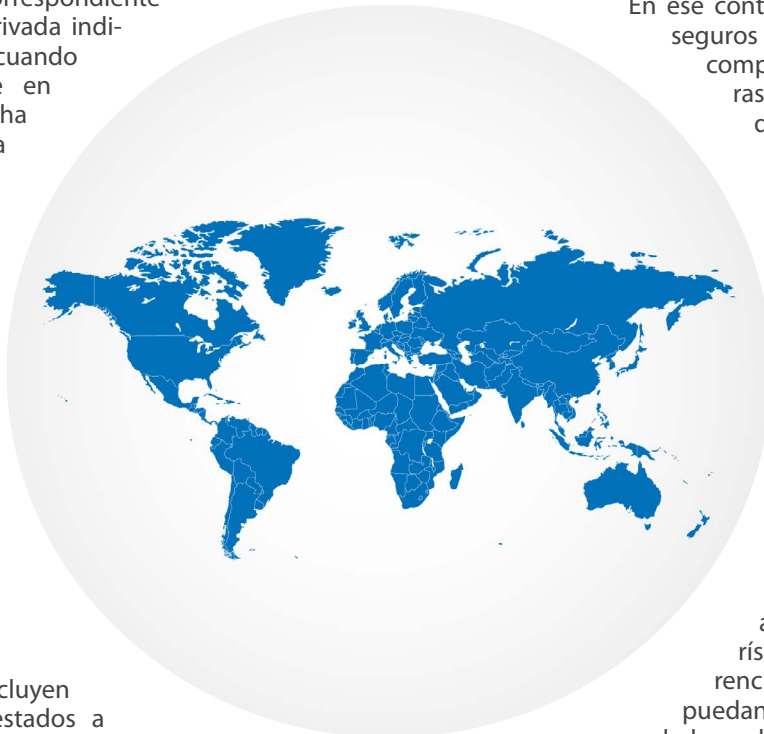
la esfera de las políticas públicas y, por ende, ha quedado fuera del análisis en el presente estudio.

## Resumen ejecutivo

Los sistemas de salud constituyen una pieza esencial en el diseño institucional de las sociedades modernas. Desde la perspectiva de las políticas públicas, preservar la sostenibilidad y mejorar la eficacia de los modelos sanitarios, es un aspecto de la mayor importancia para elevar los niveles de bienestar y, en última instancia, para mantener el equilibrio social.

En ese contexto, el rol de los seguros de salud y de las compañías aseguradoras viene determinado en gran medida por el modelo sanitario específico de que se trate. En el presente estudio se realiza un análisis de una selección de sistemas sanitarios de distintas regiones a nivel global, incluyendo modelos que incorporan alguna característica que les diferencia del resto y que puedan ser una referencia a la hora de diseñar políticas públicas relacionadas con los sistemas de salud.

En el análisis de cada sistema se da una idea del modelo sanitario siguiendo una estructura de pilares. Un primer pilar relacionado con la cobertura sanitaria obligatoria, un segundo pilar relativo a la cobertura voluntaria a través de una relación laboral, en la que las empresas deciden complementar la cobertura sanitaria de sus trabajadores y un tercer pilar relativo a la cobertura voluntaria individual, tal y como se explica en el marco conceptual del trabajo. Asimismo, para cada sistema analizado se incluye una revisión de la evolución de la penetración de los seguros privados (primas de los seguros de salud respecto al PIB), del gasto sanitario total y, cuando se ha dispuesto de información suficiente, de las cuotas de mercado



de las principales compañías o grupos aseguradores que operan en esta línea de negocio.

Para cada uno de los países objeto de estudio se han analizado una serie de indicadores de gasto, fuentes de financiación, capacidad, uso, estado, riesgos para la salud y calidad de los sistemas con el fin de facilitar su comparativa y dar una referencia de la situación de los países respecto al valor medio de estos indicadores de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Tras el análisis de las principales características de la muestra de modelos sanitarios seleccionados para efectos de este estudio, se observa que los patrones tradicionales que venían siguiendo los mismos (bismarkiano, Beveridge o de libre mercado), en la actualidad parecen desdibujarse. En este sentido, se observa que existe una tendencia a extender la cobertura sanitaria de forma universal a la totalidad de las personas residentes de cada país (como recomiendan distintas organizaciones internacionales entre las que destaca la Organización Mundial de la Salud), empleando para ello variantes de los modelos originales o bien una combinación de los mismos.

En este contexto, y con independencia del modelo de salud específico, el sector público juega un papel fundamental a la hora de establecer las políticas públicas necesarias para hacer efectiva la obligación de los proveedores de servicios sanitarios (públicos o privados) de prestar una atención sanitaria adecuada a las personas a las que se les reconoce ese derecho. La forma de prestar esa cobertura sigue diferentes patrones con una diversidad en la tipología y participación de instituciones y proveedores sanitarios, en las fuentes de financiación e incluso en el propio alcance de la cobertura.

### Indicador de Eficacia de los Sistemas de Salud

Como parte de este estudio, se ha propuesto un ejercicio de valoración a partir de la construcción de un indicador *ad hoc* (Indicador de Eficacia de los Sistemas de Salud, IESS), con el propósito de contar con una visión sobre el nivel de eficacia de los sistemas de salud a nivel global. Con el

empleo de este indicador se busca contar con una visión comparativa del grado de eficacia de los diversos sistemas de salud en el mundo, a partir de una valoración de indicadores clave que reflejan los efectos positivos de la operación de los mismos.

En la construcción del IESS se han empleado tres variables que están disponibles para los 180 países analizados: (i) la esperanza de vida al nacer; (ii) el porcentaje de muertes de niños entre 0 y 4 años, (iii) la mortalidad por enfermedades no transmisibles de personas entre 30 y 70 años atribuible a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas (NCDs). En general, el comportamiento de estas variables ofrece una visión en conjunto de la eficacia de los sistemas de salud, al medir tres fenómenos demográficos que se encuentran directamente vinculados con los mismos.

El ranking es encabezado por Japón, Suiza, Corea del Sur, Singapur e Islandia. Los sistemas sanitarios de los países analizados en este informe (además de Japón y Singapur, 1 y 4 en el ranking, respectivamente), aparecen en los siguientes puestos: España (9), Australia (10), Francia (14), Holanda (19), Reino Unido (21), Chile (29), Estados Unidos (31), Brasil (58) y México (67).

### Análisis de países seleccionados

#### Japón

Japón se sitúa en primer lugar de los once países analizados en este informe (primero también en el ranking global), por delante de Singapur, conforme al IESS. En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el porcentaje se situó en torno al 10,7% en 2017, y la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 2,7% del PIB. El modelo sanitario japonés se encuadra en los modelos del tipo bismarkiano, en el que la cobertura sanitaria está vinculada a una relación laboral financiada mediante cotizaciones que se deducen de los salarios. No obstante, presenta rasgos del sistema Beveridge, al extender la cobertura de forma universal a la totalidad de los residentes del país con un plan nacional de seguro de salud para las personas sin empleo.

La cobertura no es gratuita, sino que cubre en torno al 70% de los gastos sanitarios, sin perjuicio de los programas para personas de bajos ingresos. El sistema se financia principalmente a través de primas de seguro subsidiadas por impuestos. El coste del seguro se carga en la nómina del trabajador, existiendo además una contribución por parte del empleador. Existen dos programas de seguro de salud obligatorios basados en el empleo, uno para el sector público y los trabajadores de grandes empresas, y otro para empleados de pequeñas y medianas empresas (con cinco o más empleados) administrados respectivamente por

una sociedad de seguro de salud (*Health Insurance Society*) y por la Asociación de Seguros de Salud de Japón (*Japan Health Insurance Association managed Health Insurance*).

Estas instituciones son entidades aseguradoras de titularidad pública, es decir, pertenecen al Estado, aunque aprovechan la infraestructura de las compañías aseguradoras incluyendo la tarificación y gestión de siniestros. Las empresas de setecientos o más trabajadores pueden constituir su propia sociedad de seguros de salud. La cobertura proporcionada por el sistema público de seguro de salud en Japón hace que la importancia relativa del gasto privado voluntario sea reducida. La industria aseguradora suele comercializar el seguro privado médico voluntario como un complemento del seguro de Vida, en forma de seguro de reembolso de gastos, cubriendo enfermedades crónicas y hospitalización, ofreciendo al asegurado una suma global al momento del diagnóstico o de la hospitalización. También existen coberturas contratadas de forma independiente a los seguros de Vida, aunque su peso es menor.

### Singapur

Singapur se sitúa en segundo lugar de los once países analizados en este informe (cuarto en el ranking global), por delante de España y solo detrás de Japón, conforme al IESS. En términos de gasto sanitario, el indicador se situó en torno al 4,3% de su PIB en 2015, el menor de la muestra seleccionada, lo que le convierte en el mejor de los sistemas desde el punto de vista de la eficiencia. Por su parte, la penetración de los seguros privados de salud en 2016 fue del 0,8% del PIB. El sistema sanitario de Singapur es novedoso en cuanto a su forma de financiación que incluye un plan de ahorro integral y obligatorio de la seguridad social (*Central Provident Fund, CPF*) para sus residentes a fin de atender sus necesidades futuras de salud. Se trata de un sistema que combina

el subsidio estatal de hasta el 80% de la factura hospitalaria por enfermedades graves, con el ahorro del ciudadano (denominado "MediSave").

A través de este mecanismo, los ciudadanos cuentan con un fondo que se va constituyendo mientras están sanos para hacer frente a los gastos sanitarios futuros. En Singapur las compañías aseguradoras autorizadas para operar en Vida pueden ofrecer pólizas de salud y accidentes temporales renovables, sin necesidad de contar con una licencia adicional. Así, muchos singapurenses deciden complementar la cobertura obligatoria prevista para pagar grandes facturas hospitalarias y tratamientos ambulatorios costosos. Las empresas, en ocasiones, ofrecen este tipo de cobertura complementaria a sus empleados.

### España

España se sitúa en tercer lugar de los once países analizados en este informe (novenos en el ranking global), por delante de Australia y detrás de Singapur, conforme al IESS. En términos de gasto sanitario, el porcentaje se situó en torno al 8,8% de su PIB en 2017, y la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 0,7% del PIB. El sistema sanitario español responde al denominado modelo Beveridge de amplia cobertura. Sin embargo, a pesar de ello, los gastos de bolsillo en salud son relativamente altos respecto a otros sistemas, representando el 24,2% del gasto sanitario total en 2015, quinto lugar en la selección de países analizados. La penetración de los seguros privados voluntarios de salud, por su parte, es menor que en otros países en los que una parte del coste es compartido, pero se ha mantenido una ligera tendencia ascendente, incluso en los peores momentos de la crisis económica en 2008 y 2012. Gran parte del negocio de seguros de salud está en manos de compañías aseguradoras especializadas en esa línea de negocio (*monolines*).



Dentro de la cobertura de los seguros privados voluntarios de salud los seguros individuales tienen un peso mayor, en torno al 72%, siendo el resto seguros colectivos (28% de las primas). Algunas empresas ofrecen a sus trabajadores seguros de salud complementarios a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral. El régimen fiscal aplicable a esta forma de retribución tiene en la actualidad ventajas fiscales al quedar exentas en el impuesto sobre la renta de las personas físicas las rentas en especie que suponen para el trabajador, en las cantidades satisfechas para él, su cónyuge y sus descendientes con ciertos límites cuantitativos.

### Australia

Conforme al IESS, Australia se sitúa en cuarto lugar de los once países analizados en el informe (décimo en el ranking global), por delante de Francia y por detrás de España. En términos de gasto sanitario, el indicador se situó en torno al 9,4% de su PIB en 2017, en tanto que la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 1,3% del PIB. En términos generales, el sistema de salud australiano responde al modelo Beveridge, de cobertura universal financiado mediante impuestos. La cobertura sanitaria pública para los australianos y demás residentes permanentes se realiza a través del programa público Medicare, el cual incluye los costos de atención primaria, los costos hospitalarios y el 85% de los costos de los especialistas. Asimismo, cubre ciertos servicios por parte de ópticos, personal de enfermería, obstétricas y odontólogos.

Esta cobertura se financia aplicando un recargo del 2% en el impuesto sobre la renta. Además de Medicare, y con el fin de aliviar la carga del sistema público, se ha establecido un sistema de incentivos para la contratación adicional de un seguro privado de salud (*Private Health Insurance*, PHI). El incentivo a los seguros privados de salud se articula en forma de penalización a través del impuesto sobre la renta con un recargo progresivo adicional a la tasa de Medicare, en el caso de no contratarlo. De este modo solo quedarían exentas de la penalización las personas con menores niveles de renta. Las personas que hayan contratado el seguro médico privado pueden optar por la cobertura que les otorga Medicare acudiendo a los hospitales públicos (sin posibilidad de elección en cuanto al especialista que le atenderá y sometido a las listas de espera de la sanidad pública), o bien hacer uso de su seguro privado (con posibilidad de elección de especialista y de evitar las listas de espera del sistema público).

El gobierno federal australiano dispone de un comparador electrónico con el fin de facilitar la comparativa en precios y coberturas a la hora de contratar el seguro privado de salud. Asimismo, existen ayudas por parte del gobierno federal que puede subsidiar parte de las primas del seguro privado, en función de la amplitud de su cobertura y de los medios económicos del contratante.

### Francia

Francia se sitúa en quinto lugar de los once países analizados en este informe (décimo cuarto en el ranking global), por delante de Holanda y detrás de Australia, conforme al IESS. En términos de gasto sanitario, el porcentaje se situó en torno al 11,4% de su PIB en 2017, el segundo mayor de la muestra solo detrás de Estados Unidos. Por su parte, la penetración de los seguros privados en ese año fue del 1,6% del PIB.

El sistema francés es un modelo de carácter bismarkiano, con una financiación basada en las retenciones que se realizan sobre los sueldos de los trabajadores y las aportaciones empresariales, pero con rasgos del modelo Beveridge al contar con una cobertura universal e ingresos adicionales que provienen de impuestos específicos como puede ser el tabaco o el alcohol, entre otros. La mayor parte de la cobertura se realiza a través de los planes de seguro obligatorio de salud (*Assurance Maladie*), vinculados a una relación laboral. Los trabajadores son afiliados automáticamente a uno de los planes en función de su estatus, sin posibilidad de elección para ellos. El plan con un mayor número de afiliados es la *Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* (CNAMTS) que cubre a los trabajadores de la industria y el comercio, junto con sus familiares. Las personas residentes que no dispongan de cobertura a través de un plan de salud de seguro obligatorio quedan igualmente cubiertas por el sistema público (*Couverture Maladie Universelle*, CMU).

A pesar de la amplia cobertura del sistema de salud público francés, la penetración de los seguros privados de salud es significativa. El motivo principal es porque, aunque la cobertura pública se considera universal (por alcanzar a la práctica totalidad de su población), sin embargo, no cubre la totalidad del gasto incurrido sino en torno al 70% del mismo, con la excepción de las personas más desfavorecidas, siendo habitual adquirir un seguro privado de salud complementario con el fin de alcanzar la cobertura total. Esto supone que el porcentaje de gastos de bolsillo en el

gasto sanitario per cápita sea reducido (6,8%), el menor de la muestra de sistemas analizados en el informe.

### Holanda

Conforme al IESS, Holanda se sitúa en sexto lugar de los once países analizados en este informe (décimo noveno en el ranking global), por delante de Reino Unido y detrás de Francia. En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el indicador se situó en torno al 10,1% en 2017, y la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 5,9% del PIB. El sistema de salud holandés es un modelo mixto de tipo liberal con elementos del sistema Beveridge. Se trata de un modelo que otorga cobertura universal a través de un seguro médico obligatorio gestionado por compañías aseguradoras privadas.

La prima del seguro se descompone en dos partes: la primera es una cuantía estándar que debe satisfacer cada asegurado mayor de 18 años, y la segunda es una cuantía variable que depende de su nivel de ingresos. Para los niños y jóvenes hasta los 18 años el gobierno paga el coste del seguro con recursos públicos. Las aseguradoras que decidan participar en el sistema de cobertura obligatorio deben garantizar que los servicios incluidos en un paquete básico de coberturas estén disponibles para todos sus asegurados. Están obligadas a aceptar a todos los solicitantes y no pueden diferenciar las primas en función de los riesgos para la salud del asegurado. Asimismo, el asegurado puede cambiar de aseguradora cada año. Existe un deducible para los gastos de atención médica que se aplica a la mayor parte de los servicios sanitarios del paquete básico.

El deducible es una cantidad que debe satisfacer el beneficiario de la atención médica, antes de que la aseguradora se empiece a hacer cargo. No obstante, hay servicios médicos para los cuales no se aplica el deducible, por ejemplo, el médico general. Además, para determinados gastos médicos del paquete básico hay que pagar una contribución personal o copago. Por otra parte, en Holanda es habitual que las compañías aseguradoras ofrezcan coberturas de salud complementarias para cubrir los gastos no cubiertos por el seguro privado obligatorio. A pesar del rol predominante de las compañías aseguradoras en el sistema de salud holandés, es de destacar que el porcentaje del gasto sanitario medio per cápita del sistema público es significativo, motivado en gran medida por los programas de cuidados a largo plazo, financiados mediante impuestos.

### Reino Unido

Reino Unido se sitúa en séptimo lugar de los once países analizados en este informe (21 en el ranking global), por delante de Chile y detrás de Holanda, conforme al IESS. Respecto al gasto sanitario con relación al PIB, el porcentaje se situó en torno al 9,7% en 2017, en tanto que la penetración de los seguros privados en ese año fue del 0,3% del PIB. El sistema sanitario del Reino Unido está basado en el modelo Beveridge. Se articula a través del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*, NHS), financiado en su mayor parte mediante impuestos. La cobertura es universal y gratuita para los residentes legales independientemente de su capacidad de pago. Dada la amplitud y la cobertura gratuita del NHS, solo un pequeño porcentaje de la población del Reino Unido (en torno al 11%), tiene algún tipo de seguro médico privado. Su tipología varía desde la cobertura para afecciones específicas como el cáncer, hasta paquetes más amplios que abarcan terapias complementarias y pruebas de diagnóstico. La gran mayoría de estos contratos, en torno al 82%, son seguros colectivos de empresa.

### Chile

Conforme al IESS, Chile se sitúa en octavo lugar de los once países analizados en este informe (29 en el ranking global), por delante de Estados Unidos y por detrás del Reino Unido. En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el porcentaje se situó en torno al 8,1% en 2017, mientras que la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 0,3% del PIB. El actual sistema sanitario chileno responde a un modelo mixto de corte bismarkiano con elementos del modelo Beveridge, integrado por un seguro público denominado Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y planes de salud privados gestionados por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), que surgen con la idea de mejorar la oferta sanitaria y capacidad de elección de los ciudadanos.

La financiación proviene de diferentes fuentes, principalmente del Estado, las cotizaciones de trabajadores y de las empresas. Según la última información disponible, de los 17,6 millones de habitantes de Chile, los afiliados al Fonasa están en torno a 13,5 millones de habitantes, 3,4 millones se encuentran afiliados a una Isapre, y 0,4 millones serían beneficiarios del seguro de las Fuerzas Armadas y Carabineros. El resto de la población (en torno a 0,3 millones) no está cubierta por un plan o seguro de salud. Destaca el elevado porcentaje de gastos de bolsillo en salud que en 2015 representaba el 32,2% del total de gasto sa-





nitario per cápita, el segundo mayor de la muestra de sistemas analizados, tras México.

### Estados Unidos

Con base en el IESS, Estados Unidos se sitúa en el noveno lugar de los once países analizados en este informe (31 en el ranking global), detrás de Chile y por delante de Brasil. Esta situación contrasta con el porcentaje de gasto sanitario respecto a su PIB que en 2017 se situó en torno al 17,1%, el mayor de la muestra seleccionada y uno de los mayores a nivel mundial. Por otra parte, la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 5,3% del PIB. El modelo sanitario estadounidense se encuadra en los modelos del tipo liberal, no existiendo una cobertura sanitaria pública de carácter universal propiamente dicha.

Sin embargo, existen ciertos programas de protección pública para determinados sectores más vulnerables de la población, que tratan de cubrir los fallos del libre mercado. Los más importantes son el Medicare para las personas mayores, el Medicaid para las personas de bajos recursos y el CHIP para niños. En la actualidad cubren a un porcentaje significativo de su población, en torno al 40%. Por su diseño institucional, el ámbito de cobertura del sistema público de salud en los Estados Unidos abre un campo importante a su cobertura a través de planes de salud empresariales por parte del sector privado.

La mayor parte de las pólizas de seguros de salud (en torno a un 56%) son seguros colectivos de tipo empresarial. Las empresas no han tenido tradicionalmente la obligación de ofrecer cobertura sanitaria a sus trabajadores. Sin embargo, la

denominada ley ACA de 2010 (*Patient Protection and Affordable Care Act*) estableció la obligatoriedad para determinadas empresas, en función de su tamaño, de proporcionarles un seguro médico. A diferencia de las grandes empresas, las pequeñas y medianas empresas de menos de cincuenta trabajadores no están obligadas a ofrecer cobertura sanitaria a sus empleados, más allá del seguro de accidentes laborales. En ocasiones también lo incorporan como parte del paquete retributivo del trabajador, aunque no es del todo habitual, dado el alto coste que supone para ellas. En estos casos el trabajador suele hacerse cargo también de una parte del coste del seguro.

Con el fin de estimular a estas empresas se han introducido algunas medidas como los créditos fiscales o la creación de un mercado electrónico de seguros de salud para facilitarles su contratación y acceder a una mayor oferta, denominado *Small Business Health Options Plans* (SHOPs). Además de la cobertura obligatoria a través de los programas referidos y de los planes de salud obligatorios de las grandes empresas para sus trabajadores, la ley ACA estableció la obligación de contratar un seguro privado de salud, con unos requisitos mínimos, para todas aquellas personas que no quedasen cubiertas a través de los mismos. Entre otras medidas se estableció que las personas a las que resulta obligatorio contratar ese tipo de seguros no pueden ser rechazadas por enfermedades preexistentes, ni aplicar límites anuales a la cobertura.

El contrato debe cubrir como mínimo el 60% del coste actuarial y la prima no puede calcularse de forma individualizada. Con ese fin, se estableció una regulación específica destinada a permitir el acceso a esas personas a un seguro privado a un



coste razonable, con la creación de un mercado electrónico para estos contratos y subsidios para el pago de las primas para personas que estén dentro de umbrales de ingresos por encima de los límites que permiten acceder a Medicaid, pero por debajo de un mínimo determinado en función del nivel federal de pobreza. La introducción de esta obligatoriedad tiene en consideración la mayor capacidad de las aseguradoras para negociar los costes de los servicios con los proveedores sanitarios, que no tienen las personas a nivel individual, lo que puede ayudar a reducir el coste final de las coberturas que, en Estados Unidos, es muy elevado.

Asimismo, con el fin de incrementar la oferta y facilitar la contratación de este tipo de seguros, se negocian en una plataforma digital gestionada por los distintos estados o, en su defecto, a nivel federal, que también informan a los asegurados de las posibles ayudas a las que pueden acceder en función de sus circunstancias. Los contratos negociados en este mercado de seguros (denominado “*exchanges*”) están estandarizados, debiendo contar por ley con unas coberturas mínimas bastante amplias en cuanto a prestaciones.

### Brasil

Brasil se sitúa en décimo lugar de los once países analizados en este informe (58 en el ranking global), detrás de Estados Unidos y por delante de México, conforme al IESS. En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el indicador se situó en torno al 8,9% en 2015, y la penetración de los seguros privados de salud en 2017 fue del 0,6% del PIB. El sistema sanitario brasileño actual responde al denominado modelo Beveridge. No obstante, a pesar de existir una cobertura pública gratuita universal, el peso del sector privado es significativo, a través de la denominada cobertura de salud suplementaria.

La actual configuración del sistema público de salud brasileño es fruto del proceso de una transformación estructural de finales de la década de los ochenta, cuando pasó de seguir un modelo de seguro social (que cubría solamente a las personas con un contrato de trabajo) a un modelo de servicio nacional de salud, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), de acceso universal y financiado con recursos fiscales. El SUS fue creado en 1988 a raíz de la inclusión en la Constitución del derecho de asistencia integral y gratuita para toda la población. El sector

privado de salud en su conjunto es denominado Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y es supervisado por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS). Los usuarios son las empresas y familias, quienes adquieren Planes de Salud y Seguros de Salud colectivos o individuales. Los Seguros de Salud se distinguen por ser principalmente de reembolso posibilitando la libre elección de médico u hospital, mientras que los Planes de Salud son principalmente de prestación de servicios dentro de un cuadro médico y hospitalario predefinido siendo estos los más habituales.

### México

México se sitúa en undécimo lugar de los once países analizados en este informe (67 en el ranking global), por detrás de Brasil, conforme al IESS. En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el porcentaje se situó en torno al 5,4% en 2017, en tanto que la penetración de los seguros privados de salud en ese año fueron del 0,3% del PIB.

El sistema sanitario mexicano responde a un modelo mixto de corte bismarkiano con elementos tanto del sistema Beveridge como del de libre mercado. En este sistema pueden distinguirse tres grandes componentes: (i) las instituciones de seguridad social vinculadas a una relación laboral; (ii) los servicios de salud para la población no asegurada (Seguro Popular), y (iii) los servicios privados, estos últimos los de mayor peso del sistema en la actualidad, individualmente considerados. Las instituciones integrantes del sistema de seguridad social son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el Instituto de Seguridad Social de las

Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Además, los gobiernos estatales han creado seguros sociales para sus trabajadores (los llamados ISSSTEs estatales), y algunos organismos descentralizados, como Petróleos Mexicanos, cuentan con servicios médicos independientes.

El Seguro Popular ofrece cobertura a través de dos paquetes de beneficios de salud: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES), y las intervenciones financiadas a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. Adicionalmente, existe un programa denominado IMSSProspera que ofrece a las poblaciones marginadas de zonas rurales y urbanas un paquete básico gratuito de servicios de primer nivel de atención y de prevención en salud. Es importante destacar el elevado porcentaje de gastos de bolsillo en salud que, en 2015, representaba el 41,4% del total de gasto sanitario per cápita, el mayor de la muestra de sistemas analizados. El gasto en salud por parte del subsistema de salud privado mexicano representó un 2,6% del PIB en 2017.

En el sector privado están incluidos aquellos que por su condición laboral no cuentan con acceso a la seguridad social (autoempleados, trabajadores asalariados informales, desempleados), no están inscritos en el Seguro Popular, no reciben atención en los servicios públicos de salud y en los sistemas de salud es estatales, o no son beneficiarios del programa IMSSProspera. Por otra parte, las empresas aseguradoras privadas ofrecen dos tipos de coberturas: el seguro de gastos médicos mayores y el seguro de salud suscrita con Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Estas últimas son instituciones de seguros autorizadas para practicar como seguros la operación de accidentes y enfermedades en el ramo de salud. Tienen la facultad de vender seguros privados y el objetivo debe ser siempre el prevenir o restaurar la salud del asegurado de forma directa y con recursos propios, combinación de ambos, o mediante acciones que se realicen en su beneficio.

### **Balance de políticas públicas**

Del análisis de la experiencia internacional realizada en el estudio, se desprende que el objetivo último de contar con una cobertura universal sanitaria no siempre es la consecución de una cobertura gratuita para toda la población residente, sino el ofrecimiento de una protección especial gratuita o fuertemente subsidiada solo para aquellos sectores de la población más desprotegidos, tratando así de subsanar las deficiencias intrínsecas del modelo sanitario de que trate

o, en último caso, los fallos de mercado que se presenten. Para el resto de la población, el objetivo de cobertura universal en ocasiones se traduce en un coste compartido e, incluso, en algunos sistemas queda limitado a tratar de garantizar la cobertura a un coste razonable.

En este contexto, del análisis realizado pueden desprenderse dos aspectos importantes. El primero, es que el objetivo de avanzar hacia una cobertura universal ha conllevado el establecimiento de mecanismos complementarios a los considerados en los modelos originalmente empleados. Y el segundo, que esos esquemas de complementariedad han implicado una mayor participación del sector privado, bien sea a través de estímulos a la empresa para participar en la cobertura sanitaria complementaria de sus empleados, o bien a través de una mayor participación de las compañías aseguradoras privadas como gestores especializados en la prestación de servicios sanitarios. En el análisis internacional se observa que el rol de las compañías de seguros viene determinado en gran medida por el modelo sanitario del territorio en el que operan. Normalmente juegan un papel complementario al del sector público, con algunas excepciones notables como es el caso de Holanda, Estados Unidos o Japón.

En Holanda y Japón, la alta penetración de los seguros de salud se debe a decisiones de políticas públicas para que las compañías aseguradoras participen en el sistema de cobertura universal obligatorio. En Japón, por su parte, las entidades aseguradoras que gestionan la cobertura obligatoria vinculada a una relación laboral son de titularidad pública, por lo que el papel de las compañías aseguradoras privadas que ofrecen seguros voluntarios de salud es limitado y de marcado carácter complementario. Y en Estados Unidos la muy relevante participación de la industria aseguradora se debe en mayor medida al modelo sanitario de libre mercado que tienen implantado. De esta forma, en aquellos países en los que el objetivo es ofrecer una cobertura universal con coste compartido o a un coste razonable, se abre una oportunidad para la participación de seguros voluntarios de salud a través de las compañías aseguradoras privadas. En ocasiones son las propias empresas las que ofrecen a sus trabajadores y a sus familias un seguro complementario a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral. Estados Unidos y Francia son casos paradigmáticos en este sentido. En cualquier caso, existe siempre la alternativa de contratar una cobertura voluntaria individual.

En ocasiones, para propiciar este comportamiento, las coberturas privadas mediante seguros voluntarios de salud gozan de un régimen fiscal favorable. En aquellos países en los que el objetivo es ofrecer cobertura sanitaria universal gratuita, como es el caso de Brasil, Reino Unido o España, el volumen de seguros voluntarios complementarios de salud de las compañías aseguradoras privadas es menor, pero no desaparece. Además, el porcentaje de gastos de bolsillo en salud en estos países es elevado, incluso superior a los de otros sistemas de coste compartido. El coste sobre los presupuestos públicos de una atención gratuita universal, tarde o temprano ocasiona problemas de sostenibilidad presupuestaria que terminan traducándose en problemas de financiación e incremento de las listas de espera, derivando en fallos de cobertura lo que también por esa vía abre espacio al desarrollo del seguro privado voluntario.

De la revisión de la experiencia internacional realizada en este estudio, existen una serie de políticas públicas que conviene destacar, en la medida en que constituyen buenas prácticas que han apoyado el objetivo último de avanzar hacia la universalización de la cobertura de los servicios de salud para la población.

### Planes de ahorro para afrontar gastos en salud

La vinculación de ahorro de medio y largo plazo para la atención de las necesidades de salud, ha sido siempre uno de los aspectos que se ha considerado como clave en la mejora de la atención médica de los ciudadanos. En este sentido, el sistema sanitario de Singapur incluye un plan de ahorro para sus ciudadanos con el fin de atender a sus necesidades futuras de salud, el denominado "MediSave". A través de este mecanismo, los ciudadanos cuentan con un fondo que se va constituyendo mientras están sanos para hacer frente a los gastos sanitarios futuros. Se trata de un sistema que combina el subsidio estatal de hasta el 80% de la factura hospitalaria por enfermedades graves, con un sistema de ahorro obligatorio.

### Incentivos a la contratación de seguros voluntarios

Bajo la óptica de la complementariedad como mecanismos para ampliar, y eventualmente universalizar la atención sanitaria de la población, el establecimiento de incentivos para la contratación de seguros voluntarios constituye una pieza clave. Al respecto, y con el fin de aliviar la carga de los sistemas públicos de salud, algunos paí-

## Esquema conceptual: síntesis de modelos sanitarios del Pilar 1

### Modelo Beveridge

Sistema **no contributivo** de cobertura universal, financiado con impuestos a través de los presupuestos generales del Estado.

La gestión del sistema sanitario suele estar **a cargo del Estado**, e incluir diferentes mecanismos de participación privada.

### Modelo bismarkiano

- Sistema **contributivo** de naturaleza no universal, financiado con cotizaciones de los trabajadores, empresa y, en algunos casos, del Estado.
- La gestión del sistema sanitario puede estar **a cargo del Estado, del sector privado o considerar diversas combinaciones** con la participación de ambos.

### Modelo liberal

- Sistema **de libre mercado** financiado con pagos directos a proveedores de servicios o mediante contribuciones a aseguradoras (primas) a cargo de los usuarios.
- La gestión del sistema sanitario está a cargo de **sector privado** (aseguradoras o prestadoras de servicios de salud).

ses han establecido un mecanismo de incentivos para la contratación de seguros privados voluntarios de salud que complementen la atención que brindan los esquemas del primer pilar.

En Australia, por ejemplo, el incentivo se articula bajo la forma de una penalización a través del impuesto sobre la renta imponiendo un recargo progresivo adicional a la tasa de Medicare (aplicable esta última a todos los contribuyentes para la financiación del sistema público), en el caso de no contratarlo. De este modo, solo quedarían exentas de la penalización las personas con menores niveles de renta que no contraten seguros privados de salud. Las personas que hayan contratado el seguro médico pueden optar por la cobertura que les otorga Medicare acudiendo a los hospitales públicos (sin posibilidad de elección en cuanto al especialista que le atenderá y sometido a las listas de espera de la sanidad pública), o bien hacer uso de su seguro privado (con posibilidad de elección de especialista y de evitar las listas de espera del sistema público). En España, algunas empresas ofrecen a sus trabajadores seguros de salud complementarios a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral.

El régimen fiscal aplicable a esta forma de retribución tiene en la actualidad ventajas fiscales al quedar exentas en el impuesto sobre la renta la retribución en especie que supone para el trabajador, en las cantidades satisfechas por la empresa para él, su cónyuge y sus descendientes con ciertos límites cuantitativos. En Estados Unidos, Brasil y México también se establecen créditos fiscales para la contratación de este tipo de incentivos laborales, o bien por la contratación individual de seguros privados de salud.

### **Mercados y comparadores electrónicos**

Diversos países en los que los seguros privados de salud juegan un papel relevante en el esquema general de sanidad, han introducido normativamente comparadores electrónicos con el fin de facilitar la comparativa en precios y coberturas a la hora de contratar el seguro privado de salud. En Estados Unidos, con el fin de estimular a las pequeñas y medianas empresas a la contratación de seguros privados de salud para sus trabajadores, además de los créditos fiscales se ha creado un mercado electrónico para facilitarles su contratación y acceder a una mayor oferta, denominado "*Small Business Health Options Plans*" (SHOPs). Existen, asimismo, plataformas digitales para la contratación de seguros individuales gestionadas por los distintos estados o, en su defecto, a nivel federal (denominadas "*exchanges*")

con contratos estandarizados, debiendo contar por ley con unas coberturas mínimas bastante amplias en cuanto a prestaciones. Estos contratos pueden, asimismo, cubrir distintos porcentajes de las facturas sanitarias del 60%, 70%, 80% o del 90% (categorías bronce, plata, oro y platino, respectivamente). Estos mercados se han creado a raíz de la introducción de la obligatoriedad de contratación de seguros privados de salud a quienes no queden bajo la cobertura de los programas públicos de protección (Medicare, Medicaid o CHIP).

### **Fortalecimiento del rol de los seguros privados**

En varios de los sistemas analizados, la estrategia de universalización de la cobertura ha considerado, de manera explícita, el fortalecimiento del rol de los seguros privados de salud. En este sentido, el sistema de salud holandés otorga cobertura universal a través de un seguro médico obligatorio gestionado por compañías aseguradoras privadas. Las aseguradoras que deciden participar en el sistema de cobertura obligatorio deben garantizar que los servicios incluidos en un paquete básico de coberturas estén disponibles para todos sus asegurados.

Están obligadas, asimismo, a aceptar a todos los solicitantes y no pueden diferenciar las primas en función de los riesgos para la salud del asegurado. El asegurado puede cambiar de aseguradora cada año. En Estados Unidos, además de la cobertura obligatoria a través de los programas para personas vulnerables y de los planes de salud obligatorios de las grandes empresas para sus trabajadores, la ley ACA estableció la obligación de contratar un seguro privado de salud, con unos requisitos mínimos, para todas aquellas personas que no quedasen cubiertas a través de los mismos. Entre otras medidas, se estableció que las personas a las que resulta obligatorio contratar ese tipo de seguros no pueden ser rechazadas por enfermedades preexistentes, ni aplicar límites anuales a la cobertura.

El contrato debe cubrir como mínimo el 60% del coste actuarial y la prima no puede calcularse de forma individualizada. Es importante destacar que la introducción de esta obligatoriedad tiene en consideración la mayor capacidad de las aseguradoras para negociar los costes de los servicios con los proveedores sanitarios, que no tienen las personas a nivel individual, lo que puede ayudar a reducir el coste final de las coberturas que, en Estados Unidos, es muy elevado. Estas negociaciones son complicadas incluso para el

sector asegurador, teniendo en cuenta el tamaño y poder de negociación de proveedores como las empresas farmacéuticas o las asociaciones médicas en este país.

### Corrección de fallos de mercado

En aquellos países en los que tienen implantado un sistema de salud con características propias de los sistemas de libre mercado, existen programas de protección pública para determinados sectores más vulnerables de la población, que de otro modo no podrían acceder a una cobertura sanitaria a un coste razonable. Es el caso de Estados Unidos con los programas Medicare para las personas mayores, Medicaid para las personas de bajos recursos y CHIP para niños. En la actualidad cubren a un porcentaje significativo de su población, en torno al 40%.

### Los retos de los sistemas de salud

Contar con sistemas de salud adecuados y sostenibles, constituye una pieza esencial en el esquema de políticas públicas de todo gobierno. No obstante, los sistemas de salud en el mundo, con independencia del esquema específico en el que se sustenten, enfrentan enormes retos para el futuro.

El incremento generalizado actual de los volúmenes de deuda de los gobiernos y los déficits fiscales, agravados por el incremento de gasto en pensiones y en salud (debido en gran medida al proceso generalizado de envejecimiento de la población), dificultan la extensión presupuestaria de la financiación pública destinada a la cobertura de la atención universal gratuita y de coste compartido. En este sentido, destaca el caso de Japón y el esfuerzo que está realizando para la obtención de información a través de sus autoridades municipales con el fin de determinar la gravedad del problema.

El análisis de esta información muestra que las personas mayores de 64 años acaparan más del 58% del gasto sanitario total y dentro de este grupo los mayores de 70 años son destinatarios de en torno al 30% del mismo. Este país forjó una estructura de seguro de salud única para las personas mayores, de manera que la salud fuera gratuita para los mayores de 70 años, subsidiando su carga del 30% de coste compartido. Sin embargo, surgieron problemas de sostenibilidad por su acusado proceso de envejecimiento de la población, y en la actualidad se ha ampliado la edad de entrada a los 75 años exigiéndose además un

pequeño copago.

También destaca en este sentido el caso de Holanda que a pesar de la amplia cobertura obligatoria con un rol predominante de las compañías aseguradoras en el subsistema de salud, el porcentaje del gasto sanitario medio per cápita del sistema público es significativo, motivado en gran medida por los programas de cuidados a largo plazo financiados mediante impuestos. Japón y Holanda son solo dos ejemplos de lo que se estima es un proceso generalizado a nivel mundial y que está impactando igualmente, en el resto de los sistemas de salud.

Este proceso de envejecimiento, sin duda, determinará el diseño de futuras políticas públicas a medida que las actuales generaciones alcancen mayores edades con el inevitable aumento del gasto en salud y en pensiones para el que los gobiernos deberían prepararse. En términos del marco conceptual de este estudio, estas políticas debieran apoyarse en el ahorro y en los pilares de cobertura complementaria voluntaria de tipo empresarial (segundo pilar) y privada individual (tercer pilar), por la mayor presión que sufrirán las cuentas públicas a medida que el proceso de envejecimiento poblacional avance. De esta forma, los sistemas sanitarios podrán aliviar en parte esas presiones sobre su funcionamiento, así como destinar mayores recursos a los cuidados a largo plazo y paliativos.

### Principales conclusiones: Aspectos generales

Tras el análisis de las principales características de la muestra de modelos sanitarios seleccionados para efectos de este estudio, se observa que los patrones tradicionales que venían siguiendo los mismos (bismarkiano, Beveridge o de libre mercado), en la actualidad parecen desdibujarse. En este sentido, del análisis realizado se observa que existe una tendencia generalizada a extender la cobertura sanitaria de forma universal a la totalidad de las personas residentes de cada país (como recomiendan distintas organizaciones internacionales entre las que destaca la Organización Mundial de la Salud), empleando para ello variantes de los modelos originales o bien una combinación de los mismos.

En este contexto, y con independencia del modelo de salud específico, el sector público juega un papel fundamental a la hora de establecer las políticas públicas necesarias para hacer efectiva la obligación de los proveedores de servicios sani-

tarios (públicos o privados) de prestar una atención sanitaria adecuada a las personas a las que se les reconoce ese derecho. La forma de prestar esa cobertura sigue diferentes patrones con una diversidad en la tipología y participación de instituciones y proveedores sanitarios, en las fuentes de financiación e incluso en el propio alcance de la cobertura.

Es importante destacar que del análisis de la experiencia internacional se desprende que el objetivo último de contar con una cobertura universal sanitaria no siempre es la consecución de una cobertura gratuita para toda la población residente, sino el ofrecimiento de una protección especial gratuita o fuertemente subsidiada solo para aquellos sectores de la población más desprotegidos, tratando así de subsanar las deficiencias intrínsecas del modelo sanitario de que se trate o, en último caso, los fallos de mercado que se presenten. Para el resto de la población, el objetivo de cobertura universal en ocasiones se traduce en un coste compartido e, incluso, en algunos sistemas queda limitado a tratar de garantizar la cobertura a un coste razonable (como en el caso del sistema de salud de los Estados Unidos).

Como ejemplos de sistemas de coste compartido destacan países como Francia o Japón, en los que la cobertura universal no es total, sino que viene a cubrir en torno al 70% de los gastos sanitarios. En Singapur, por su parte, se subvenciona hasta el 80% de las facturas por la atención de enfermedades graves en hospitales públicos, y Australia cubre los gastos de atención primaria, los costes hospitalarios y el 85% de los costes de

los especialistas. En el caso de Holanda, las compañías aseguradoras privadas que prestan la cobertura obligatoria empiezan a hacerse cargo de la factura sanitaria a partir de una determinada cuantía que actualmente está fijada en 385 euros, si bien hay servicios a los que no les resulta aplicable. Todo ello, sin perjuicio de la mayor protección a los sectores de la población más desfavorecidos en todos estos países analizados.

En este contexto, del análisis de los sistemas sanitarios considerados en este estudio pueden desprenderse dos aspectos importantes. El primero, es que el objetivo de avanzar hacia una cobertura universal ha conllevado el establecimiento de mecanismos complementarios a los considerados en los modelos originalmente empleados. Y el segundo, que esos esquemas de complementariedad han implicado una mayor participación del sector privado, bien sea a través de estímulos a la empresa para participar en la cobertura sanitaria complementaria de sus empleados, o bien a través de una mayor participación de las compañías aseguradoras privadas como gestores especializados en la prestación de servicios sanitarios.

En el análisis internacional se observa que el rol de las compañías de seguros viene determinado en gran medida por el modelo sanitario del territorio en el que operan. Normalmente juegan un papel complementario al del sector público, con algunas excepciones notables como es el caso de Holanda, Estados Unidos o Japón. En Holanda y Japón, la alta penetración de los seguros de salud se debe a decisiones de políticas públicas para que las compañías aseguradoras participen en el sistema de cobertura universal obligatorio. En



Japón, por su parte, las entidades aseguradoras que gestionan la cobertura obligatoria vinculada a una relación laboral son de titularidad pública, por lo que el papel de las compañías aseguradoras privadas que ofrecen seguros voluntarios de salud es limitado y de marcado carácter complementario. Y en Estados Unidos la muy relevante participación de la industria aseguradora se debe en mayor medida al modelo sanitario de libre mercado que tienen implantado.

De esta forma, en aquellos países en los que el objetivo es ofrecer una cobertura universal con coste compartido o a un coste razonable, se abre una oportunidad para la participación de seguros voluntarios de salud a través de las compañías aseguradoras privadas. En ocasiones son las propias empresas las que ofrecen a sus trabajadores y a sus familias un seguro complementario a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral. Estados Unidos y Francia son casos paradigmáticos en este sentido. En cualquier caso, existe siempre la alternativa de contratar una cobertura voluntaria individual. En ocasiones, para propiciar este comportamiento, las coberturas privadas mediante seguros voluntarios de salud gozan de un régimen fiscal favorable.

En aquellos países en los que el objetivo es ofrecer cobertura sanitaria universal gratuita, como es el caso de Brasil, Reino Unido o España, el volumen de seguros voluntarios complementarios de salud de las compañías aseguradoras privadas es menor, pero no desaparece. Además, el porcentaje de gastos de bolsillo en salud en estos países es elevado, incluso superior a los de otros sistemas de coste compartido. El coste sobre los presupuestos públicos de una atención gratuita universal, tarde o temprano ocasiona problemas de sostenibilidad presupuestaria que terminan traduciéndose en problemas de financiación e incremento de las listas de espera, derivando en fallos de cobertura lo que también por esa vía abre espacio al desarrollo del seguro privado voluntario.

### **Buenas prácticas en materia de políticas públicas**

De la revisión de la experiencia internacional realizada en este estudio, existen una serie de políti-

cas públicas que conviene destacar, en la medida en que constituyen buenas prácticas que han apoyado el objetivo último de avanzar hacia la universalización de la cobertura de los servicios de salud para la población.

### **Planes de ahorro para afrontar gastos en salud**

La vinculación de ahorro de medio y largo plazo para la atención de las necesidades de salud ha sido siempre uno de los aspectos que se ha considerado como clave en la mejora de la atención médica de los ciudadanos.

En este sentido, el sistema sanitario de Singapur incluye un plan de ahorro para sus ciudadanos con el fin de atender a sus necesidades futuras de salud, el denominado "MediSave". A través de este mecanismo, los ciudadanos cuentan con un fondo que se va constituyendo mientras están sanos para hacer frente a los gastos sanitarios futuros. Se trata de un sistema que combina el subsidio estatal de hasta el 80% de la factura hospitalaria por enfermedades graves, con un sistema de ahorro obligatorio.

“En el análisis internacional se observa que el rol de las compañías de seguros viene determinado en gran medida por el modelo sanitario del territorio en el que operan”

### **Incentivos a la contratación de seguros voluntarios**

Bajo la óptica de la complementariedad como mecanismos para ampliar, y eventualmente universalizar la atención sanitaria de la población, el establecimiento de incentivos para la contratación de seguros voluntarios constituye una pieza clave. Al respecto, y con el fin de aliviar la carga de los sistemas públicos de salud, algunos países han establecido un mecanismo de incentivos para la contratación de seguros privados voluntarios de salud que complementen la atención que brindan los esquemas del primer pilar.

En Australia, por ejemplo, el incentivo se articula bajo la forma de una penalización a través del impuesto sobre la renta imponiendo un recargo progresivo adicional a la tasa de Medicare (aplicable esta última a todos los contribuyentes para la financiación del sistema público), en el caso de no contratarlo. De este modo, solo quedarían exentas de la penalización las personas con me-



nores niveles de renta que no contraten seguros privados de salud. Las personas que hayan contratado el seguro médico pueden optar por la cobertura que les otorga Medicare acudiendo a los hospitales públicos (sin posibilidad de elección en cuanto al especialista que le atenderá y sometido a las listas de espera de la sanidad pública), o bien hacer uso de su seguro privado (con posibilidad de elección de especialista y de evitar las listas de espera del sistema público).

En España, algunas empresas ofrecen a sus trabajadores seguros de salud complementarios a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral. El régimen fiscal aplicable a esta forma de retribución tiene en la actualidad ventajas fiscales al quedar exentas en el impuesto sobre la renta la retribución en especie que supone para el trabajador, en las cantidades satisfechas por la empresa para él, su cónyuge y sus descendientes con ciertos límites cuantitativos. En Estados Unidos, Brasil y México también se establecen créditos fiscales en para la contratación de este tipo de incentivos laborales, o bien por la contratación individual de seguros privados de salud.

**“En España, algunas empresas ofrecen a sus trabajadores seguros de salud complementarios a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral”**

### **Mercados y comparadores electrónicos**

Diversos países en los que los seguros privados de salud juegan un papel relevante en el esquema general de sanidad, han introducido normativamente comparadores electrónicos con el fin de facilitar la comparativa en precios y coberturas a la hora de contratar el seguro privado de salud.

En Estados Unidos, con el fin de estimular a las pequeñas y medianas empresas a la contratación de seguros privados de salud para sus trabajadores, además de los créditos fiscales se ha creado un mercado electrónico para facilitarles su contratación y acceder a una mayor oferta, denominado “*Small Business Health Options Plans*” (SHOPs). Existen, asimismo, plataformas digitales para la contratación de seguros individuales gestionadas por los distintos estados o, en su defecto, a nivel federal (denominadas “*exchanges*”) con contratos estandarizados, debiendo contar por

ley con unas coberturas mínimas bastante amplias en cuanto a prestaciones. Estos con

tratos pueden, asimismo, cubrir distintos porcentajes de las facturas sanitarias del 60%, 70%, 80% o del 90% (categorías bronce, plata, oro y platino, respectivamente). Estos mercados se han creado a raíz de la introducción de la obligatoriedad de contratación de seguros privados de salud a quienes no queden bajo la cobertura de los programas públicos de protección (Medicare, Medicaid o CHIP).

### **Fortalecimiento del rol de los seguros privados**

En varios de los sistemas analizados, la estrategia de universalización de la cobertura ha considerado, de manera explícita, el fortalecimiento del rol de los seguros privados de salud.

En este sentido, el sistema de salud holandés otorga cobertura universal a través de un seguro médico obligatorio gestionado por compañías aseguradoras privadas. Las aseguradoras que deciden participar en el sistema de cobertura obligatorio deben garantizar que los servicios incluidos en un paquete básico de coberturas estén disponibles para todos sus asegurados. Están obligadas, asimismo, a aceptar a todos los solicitantes y no pueden diferenciar las primas en función de los riesgos para la salud del asegurado. El asegurado puede cambiar de aseguradora cada año.

En Estados Unidos, además de la cobertura obligatoria a través de los programas para personas vulnerables y de los planes de salud obligatorios de las grandes empresas para sus trabajadores, la ley ACA estableció la obligación de contratar un seguro privado de salud, con unos requisitos mínimos, para todas aquellas personas que no quedasen cubiertas a través de los mismos. Entre otras medidas, se estableció que las personas a las que resulta obligatorio contratar ese tipo de seguros no pueden ser rechazadas por enfermedades preexistentes, ni aplicar límites anuales a la cobertura. El contrato debe cubrir como mínimo el 60% del coste actuarial y la prima no puede calcularse de forma individualizada.

Es importante destacar que la introducción de esta obligatoriedad tiene en consideración la mayor capacidad de las aseguradoras para negociar los costes de los servicios con los

proveedores sanitarios, que no tienen las personas a nivel individual, lo que puede ayudar a reducir el coste final de las coberturas que, en Estados Unidos, es muy elevado. Estas negociaciones son complicadas incluso para el sector asegurador, teniendo en cuenta el tamaño y poder de negociación de proveedores como las empresas farmacéuticas o las asociaciones médicas en este país.

### Corrección de fallos de mercado

En aquellos países en los que tienen implantado un sistema de salud con características propias de los sistemas de libre mercado, existen programas de protección pública para determinados sectores más vulnerables de la población, que de otro modo no podrían acceder a una cobertura sanitaria a un coste razonable. Es el caso de Estados Unidos con los programas Medicare para las personas mayores, Medicaid para las personas de bajos recursos y CHIP para niños. En la actualidad cubren a un porcentaje significativo de su población, en torno al 40%.

### Los retos de los sistemas de salud: a manera de conclusión

Contar con sistemas de salud adecuados y sostenibles, constituye una pieza esencial en el esquema de políticas públicas de todo gobierno. No obstante, los sistemas de salud en el mundo, con independencia del esquema específico en el que se sustenten, enfrentan enormes retos para el futuro.

El incremento generalizado actual de los volúmenes de deuda de los gobiernos y los déficits fiscales, agravados por el incremento de gasto en pensiones y en salud (debido en gran medida al proceso generalizado de envejecimiento de la población), dificultan la extensión presupuestaria de la financiación pública destinada a la cobertura de la atención universal gratuita y de coste compartido.

En este sentido, destaca el caso de Japón y el esfuerzo que está realizando para la obtención de información a través de sus autoridades municipales con el fin de determinar la gravedad del problema. El análisis de esta información muestra que las personas mayores de 64 años acaparan más del 58% del gasto sanitario total, y dentro de este grupo los

mayores de 70 años son destinatarios de en torno al 30% del mismo. Este país forjó una estructu-

ra de seguro de salud única para las personas mayores, de manera que la salud fuera gratuita para los mayores de 70 años, subsidiando su carga del 30% de coste compartido. Sin embargo, surgieron problemas de sostenibilidad por su acusado proceso de envejecimiento de la población, y en la actualidad se ha ampliado la edad de entrada a los 75 años exigiéndose además un pequeño copago.

También destaca en este sentido el caso de Holanda que, a pesar de la amplia cobertura obligatoria con un rol predominante de las compañías aseguradoras en el subsistema de salud, el porcentaje del gasto sanitario medio per cápita del sistema público es significativo, motivado en gran medida por los programas de cuidados a largo plazo financiados mediante impuestos.

Japón y Holanda son solo dos ejemplos de lo que se estima es un proceso generalizado a nivel mundial que está impactando igualmente en el resto de los sistemas de salud. Este proceso de envejecimiento, sin duda, determinará el diseño de futuras políticas públicas a medida que las actuales generaciones alcancen mayores edades con el inevitable aumento del gasto en salud y en pensiones para el que los gobiernos deberían prepararse. En términos del marco conceptual de este estudio, estas políticas debieran apoyarse en los pilares de cobertura complementaria voluntaria de tipo empresarial (segundo pilar) y privada individual (tercer pilar), por la mayor presión que sufrirán las cuentas públicas a medida que el proceso de envejecimiento poblacional avance. De esta forma, los sistemas sanitarios podrán aliviar en parte esas presiones sobre su funcionamiento, así como destinar mayores recursos a los cuidados a largo plazo y paliativos.

En el siguiente vídeo pueden visualizar la intervención del presidente de la Fundación IDIS, Luis Mayero, relativa a la Jornada de presentación de este estudio.

[Acceder al vídeo completo](#)



# Las Noticias de la Quincena



1 de marzo de 2019- 15 de marzo de 2019

## Nace el proyecto *Communication Experience Institute (CEI)*, un entorno especializado en formación experiencial en España

Dos organizaciones de referencia en el ámbito de la comunicación organizacional, empresarial e individual: Soluciones de Comunicación y Reputación (SC&R) y AZC Global Integral de Comunicación y Gestión han creado el *Communication Experience Institute (CEI)* - <https://cei-institute.es/>, una iniciativa responsable y diferencial de formación en comunicación experiencial en España en la que el factor emocional es determinante (los diferentes tipos de emociones modulan y terminan modificando los factores racionales en cualquier situación) con un primer proyecto diseñado por profesionales de la comunicación, la psicología, la gestión empresarial y las ciencias de la salud teniendo en cuenta los grandes retos que plantean tanto los diferentes entornos relacionales, profesionales, personales y sociales como los diversos canales de comunicación y la gestión basada en la experiencia y excelencia en el servicio.

“Formar en esta materia es clave y generar programas a medida es el propósito del CEI, cada persona, cada profesional y cada entorno organizativo son específicos y diferenciales y por ello es determinante que la comunicación esté alineada con sus características y cualidades”, afirman sus impulsores: Francisco García Cabello y Fernando Mugarza. Por otro lado, “es necesario mejorar el perfil de comunicación en habilidades “blandas” específicas (*Key Soft Skills to Drive Business Success*), de forma muy especial en ámbitos donde el hecho relacional y el trato personal son fundamentales, máxime en un entorno donde la tecnología se va abriendo

paso de una forma sólida y decidida en todos los órdenes del desarrollo y la capacitación personal y colectiva” afirman ambos expertos.

Por ello, Soluciones de Comunicación y Reputación (SC&R) y AZC Global Integral de Comunicación y Gestión han unido sus estrategias y planes de actuación para constituir un entorno diferenciador de especialización en el ámbito de la comunicación experiencial con una metodología diferente y diversa basada en la adquisición de conocimiento, habilidades y pericia a través del análisis experiencial y práctico del proceso de comunicación aplicado a cada caso concreto teniendo en cuenta las emociones individuales y colectivas asociadas a la comunicación de cara a una adecuada interacción profesional y personal que garantice resultados en términos de credibilidad, confianza y reputación con los diferentes grupos de interés que determinan el éxito o el fracaso de un proyecto, de una iniciativa, de toda una organización o de todo un sector. “Elevar la comunicación a un entorno estratégico es clave dentro de las organizaciones y empresas es también nuestro propósito”, subrayan ambos expertos.

Para Francisco García Cabello responsable de AZC Global “esta iniciativa supone un revulsivo a la vez que un estímulo para quienes ven en la comunicación con mayúsculas una oportunidad a la vez que un elemento diferenciador respecto a aquellos que tienen un perfil más inmovilista, no adaptado a los nuevos tiempos en los que las tecnologías de



Fernando Mugarza y Francisco García Cabello.

la información y la comunicación (TIC) adquieren una importancia determinante en muchos casos”.

Según afirma Fernando Mugarza desde Soluciones de Comunicación y Reputación (SC&R) “solo a través de la puesta en valor de la comunicación en sus diferentes formatos: experiencial, emocional, sensorial, perceptiva, persuasiva, actitudinal, intuitiva, formal, informal, gestual, personalizada, etcétera, y la gestión adecuada de cada una de ellas en dependencia de las diferentes situaciones y momentos es como seremos capaces de afrontar el reto que nos plantea una sociedad exigente y dinámica en la que la experiencia individual adap-

tada a las características personales, la excelencia en el servicio y la reputación adquieren un significado y una trascendencia muy especial, determinante de la evolución y futuro de las organizaciones”.

En esta primera fase son parte esencial del proyecto cinco perfiles formativos: curso experiencial de gestión de la reputación profesional y personal, curso experiencial de comunicación interna y comportamiento actitudinal en la organiza-

ción, curso experiencial de habilidades y pericia en comunicación emocional, perceptiva y persuasiva, curso experiencial de formación de portavoces y situaciones de crisis, y cursos a medida, “in company”, adaptados a las necesidades específicas de cada entorno y situación.

Junto al citado programa académico otras cuatro áreas serán objeto de especial atención por parte del CEI: divulgación, análisis e investigación, publicaciones y programas de intervención y reconocimiento completarán las áreas de especial atención.



## José María Martínez vuelve a participar en el Congreso Nacional de Dermatología y Venereología

El director de *New Medical Economics* y patrono de honor de la Fundación de la Academia Española de Dermatología (AEDV), José María Martínez García, ha participado por cuarta vez consecutiva en el Congreso Nacional de Dermatología y Venereología. Este Congreso, que este año ha celebrado su 47 edición, se ha celebrado del 5 al 8 de junio en el Palacio de Congresos de Barcelona.



José Carlos Moreno y José María Martínez durante su presentación.

Martínez García participó como ponente en la Mesa Redonda "En la piel de las asociaciones de pacientes", junto a Pedro Jaén Olasolo, presidente de la AEDV; José Soto de Delás, presidente de la Fundación de la AEDV; y José Carlos Moreno Giménez, expresidente de la AEDV. En dicha jornada a la que asistieron pacientes con patologías dermatológicas crónicas se trataron temas como la promoción de la transformación sanitaria para que los pacientes tengan voz, la adherencia terapéutica o el autocuidado.

Los pacientes reclamaron información y formación, lucha contra las *fake news*, mayor participación en los congresos médicos, más guías de práctica clínica... que la cartera de servicios de la Seguridad Social incluya productos considerados banales, pero que para ellos no lo son, como los fotoprotectores; más humanización y difusión de sus problemas.



Instantánea de pacientes y profesionales que acudieron a la jornada.

## PSN lanza Salup, el primer seguro de Salud que permite definir las coberturas

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) ha presentado públicamente Salup, su nuevo seguro de asistencia sanitaria. La iniciativa, en la que el Grupo lleva varios años trabajando, nace con el objetivo de recuperar la esencia de la atención sanitaria, fundamentada en la relación médico-paciente y la libertad y dignidad de los profesionales sanitarios. El nuevo seguro permite la máxima personalización de las coberturas de tal modo que cada

individuo puede configurar un seguro prácticamente único y adaptado al 100% a sus necesidades y posibilidades.

Salup es un seguro que responde a las necesidades de personalización de cada persona. En este sentido, presenta una estructura modular con la que los clientes podrán diseñar su solución aseguradora a medida dentro de un esquema de garantías elegibles que posibilita más de 7.000 combinaciones. De igual modo, Salup permite ajustar el nivel de copago que se desee asumir para reducir la prima del seguro, así como acceder a coberturas no aseguradas en condiciones ventajosas. "Nuestro seguro no es barato porque una atención sanitaria de calidad no puede serlo. No buscamos seguros *low cost*. Ofrecemos un producto de máxima calidad y eso tiene un coste, pero la personalización que ofrece ayuda a que



El presidente del Colegio de Médicos de Madrid, Miguel Ángel Sánchez Chillón, sostiene el Juramento Hipocrático, entregado como símbolo de agradecimiento por acoger el acto por Miguel Carrero, presidente de PSN (en el centro). A la derecha, Serafín Romero, presidente del Consejo General de Colegios de Médicos.

cada persona pueda adaptarlo a sus necesidades de atención y a sus posibilidades económicas”, ha afirmado Miguel Carrero, presidente del Grupo PSN.

Con Salup “hemos querido volver la mirada hacia la atención integral, continua, con calidad y calidez dirigida al individuo, la familia y la comunidad, y que se contemple al individuo como persona que siente y padece dentro del contexto de su familia y de su entorno sociocultural como un ser humano y social”, ha explicado Carrero.

Por eso, Salup propone un modelo flexible basado en un Programa Personal de Salud que será elaborado conjuntamente, con el apoyo de un profesional sanitario. “El modelo de prevención individual activa diseñado por Salup utiliza estudios epidemiológicos, de medicina preventiva y técnicas actuariales con las que se mide y predice el impacto de los riesgos para la salud de manera individual. El objetivo es que cada persona se implique activamente en disminuir sus riesgos de enfermedad y, sobre todo, su impacto a largo plazo” ha subrayado Fidel Campoy, director general de Salup. Según Campoy “este modelo se concreta en un Programa Personal de Salud que agrupa acciones y controles que capacitan a cada persona a manejar y controlar los riesgos para su salud en el marco de un programa personalizado y científico”. Y todo ello de la mano de una figura clave en el modelo: el médico personal.

En este sentido, uno de los pilares de Salup es la recuperación del médico de cabecera como mé-

dico personal. Esta figura adquiere un compromiso global con la salud de las personas, no solo la asistencia sanitaria sino también hacia la promoción y prevención de la enfermedad, asumiendo el seguimiento de los programas personales de salud.

Para Fidel Campoy, “tener un médico personal es tener un médico en la familia porque posee un conocimiento que va más allá de la actividad puramente asistencial y que es fundamental para que la atención sea individualizada y para ayudar a cada persona en la toma de decisiones que afecten a su salud”.

La oferta aseguradora en el campo de la salud tradicionalmente ha centrado su modelo asistencial en el especialista y “la principal consecuencia de este hecho es la despersonalización de la relación médico-paciente y la falta de visión integral de la persona”, según el presidente de PSN.

Adicionalmente, el modelo asistencial de Salup fomenta el trabajo en equipo de todos los profesionales de la salud, ligados por la Historia Personal del Paciente. Por eso, en la Red Sanitaria de Salup se han incluido todo tipo de profesionales sanitarios, como otro de los valores diferenciales de modelo. Más allá del peso preponderante que el médico ha tenido en la atención sanitaria, Salup incorpora la enfermería, la odontología, la fisioterapia, la podología... y la Farmacia. En este último caso, se trata de la primera vez en la que un seguro de salud privado reconoce y sitúa a estos profesionales en el primer plano

asistencial. El farmacéutico asume un rol activo en el modelo de Salup. Colaboración en el control de crónicos (glucemia, sobrepeso, presión arterial...), adherencia al tratamiento o sistemas de dosificación personalizados (SDP) son algunas de las funciones retribuidas que desarrollarán las farmacias de la Red Salup y que tendrán reflejo en la Historia Personal de Salud. De hecho, "en la Historia Personal de Salud, el paciente tendrá toda la documentación sobre su salud, completa y actualizada de forma automática: informes médicos, tratamientos activos y pasados, profesionales que le han atendido, llamadas de urgencias...", según el director general de Salup. Y todo ello "está disponible en una única herramienta digital, independientemente del centro sanitario al que acuda. Además, en este nuevo modelo es el paciente quien decide con quién comparte su información de salud y por cuánto tiempo, porque es el único dueño de esos datos".

Asimismo, el modelo aporta información detallada de cada profesional sanitario, desde su formación hasta sus áreas de capacitación específicas, con el objetivo de que los pacientes puedan tomar las mejores decisiones. También podrán acceder a las prestaciones de forma digital, sin necesidad de solicitar autorizaciones, agilizando así todos los procesos.

Salup ya ha cerrado o ultima en algunos casos acuerdos con algunos de los principales grupos hospitalarios para la incorporación a su cuadro sanitario de todos aquellos profesionales que lo deseen, siempre y cuando asuman el compromiso de calidad que exige el modelo. Entre ellos, Grupo Quirón, HM Hospitales, HLA, IMED, Hospiten, Viamed Sevilla, Clínicas Red Asistencial Juaneda, Hospital y Centros Virgen de la Caridad y Hospital Mesa del Castillo, entre otros.



## Cardiólogos destacan la revolución de los avances tecnológicos para la supervivencia y calidad de vida de sus pacientes

Los avances tecnológicos producidos en los dispositivos médicos para el tratamiento y prevención de las enfermedades cardiovasculares han supuesto un cambio de paradigma en la atención a las personas que las padecen y en los procesos médicos. Uno de los desafíos actuales es que el sistema sea capaz de incorporar toda la potencialidad que tiene la Tecnología Sanitaria para llevar estos avances a la práctica médica. Esta ha sido una de las conclusiones de los expertos en Cardiología reunidos recientemente por Fenin con motivo de la celebración de la Medtech Week europea (del 3 al 7 de junio), la semana donde las asociaciones europeas y empresas del sector han mostrado la importancia de la tecnología sanitaria para el ciudadano, según ha expresado Isabel Dávila, directora ejecutiva de Fenin y coordinadora del Sector Cardiología, Neurocirugía y Tratamiento del Dolor.

En España, unas 50.000 personas mueren por infarto agudo de miocardio, un escenario alarmante en este tipo de patologías. Sin embargo, se ha producido un gran progreso en la atención a estos pacientes, gracias a herramientas como el stent coronario, donde ha tenido lugar una relevante innovación en los últimos años. En España se ponen aproximadamente 70.000 stents al año, que permiten tratar mejor la cardiopatía isquémica. "En la actualidad, la mortalidad en los pacientes que sufren un infarto y se les implanta un stent coronario se sitúa entre el 4 y el 5%, porcentaje mucho menor al de hace 15 o 20 años, y esto ha sido posible gracias a avances tecnológicos como el material del que están hechos, que ha pasado de ser acero inoxidable a distintas aleaciones de metal, que confieren flexibilidad y seguridad al stent", ha destacado el doctor Raúl Moreno, jefe de la Unidad de Cardiología Intervencionista del Hospital Universitario La Paz en Madrid.





De izda a dcha: Fernando Arribas, jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario 12 de Octubre; Raúl Moreno, jefe de la Unidad de Cardiología Intervencionista del Hospital Universitario La Paz; e Isabel Dávila, directora ejecutiva y coordinadora del Sector Cardiología, Neurocirugía y Tratamiento del Dolor de Fenin.

Otro avance importante en cuanto a dispositivos en Cardiología, cuyo uso está aumentando en España, es el cierre percutáneo de la orejuela izquierda, que evita la formación de coágulos en esta parte del corazón, y por lo tanto previene embolias cerebrales en pacientes con fibrilación auricular con riesgo de embolia o hemorragia.

También en el terreno de las arritmias, en los últimos años se han conseguido destacados logros con los desfibriladores implantables. “Los nuevos dispositivos son subcutáneos, de modo que resultan menos agresivos, reducen el riesgo de infección y se extraen con mayor facilidad, además de que son más pequeños”, ha apuntado el doctor Fernando Arribas, jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid. Este especialista también ha remarcado la importancia de las innovaciones en imagen, que muestran cada vez con mayor precisión las lesiones cardíacas y aportan información de valor para cuantificar el riesgo y tomar decisiones sobre el tratamiento. Otro ámbito en el que, en su opinión, se ha recorrido un largo camino es en los estudios genéticos, que permiten predecir e intervenir de manera precoz las enfermedades y “tratar no únicamente pacientes, sino también familias”.

Los corazones artificiales, denominados asistentes ventriculares como terapias de destino, han supuesto un gran avance para los pacientes. Cerca de

40 personas a las que no se les puede realizar un trasplante se han visto beneficiadas en 2018 en España de esta tecnología, ha señalado este especialista.

Según el doctor Arribas, uno de los desafíos actuales es ser capaces de trasladar los progresos en tecnología cardíaca del hospital al domicilio del paciente, y en este sentido también se está avanzando mucho, con dispositivos como los hollers implantables percutáneos, los *wearables* o *smartwatches*, que monitorizan el ritmo cardíaco.

Considera que uno de los principales retos es conseguir que la tecnología genere conocimiento que ayude a hacer más eficientes los procesos asistenciales y detectar los pacientes con riesgo a padecer una patología antes de que aparezca. “Hay un decaje entre lo que somos capaces de hacer y lo que podemos llevar a la práctica, y en este hueco debe jugar un papel decisivo la tecnología sanitaria”, ha apuntado el doctor Arribas.

# Nombramientos

En Madrid, **Alicia Portas** ha sido nombrada nueva Directora de Gestión del Hospital La Paz.

En Cataluña, **Lluís Franch** ha sido designado nuevo gerente de la Corporació de Salut del Maresme i la Selva; y **Anna Aran** como nueva Gerente del Ámbito Metropolitano Norte de la Región Sanitaria Barcelona.

En el ámbito de sociedades y asociaciones, **Antonio Bujaldón** ha sido elegido nuevo Presidente de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración; **Ricardo De Lorenzo** ha sido reelegido Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario; y que **Grzegorz Buczkowski** también ha sido reelegido Presidente de la Asociación de Mutuas en Europa.

En el sector de la industria farmacéutica son importantes los nombramientos de **Jonás Morais D'Almeida** como nuevo Director General de GenesisCare en España, y el de **Ignacio Lombardero** que ha sido designado nuevo Director de la Unidad de Negocio de Respiratorio de AstraZeneca.

Para finalizar con los nombramientos cabe destacar el de **Marina Pollán**, como nueva Directora del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III.

# Economía



## A.M.A. supera el millón de productos contratados, consolidando así su posición como líder del sector sanitario

A.M.A., la Mutua de los Profesionales Sanitarios, volvió en el año 2018 a disparar su crecimiento en el sector sanitario. El número de pólizas aumentó por encima del 2 por ciento en todos los ramos de su actividad aseguradora y superó la barrera del millón de productos contratados, según se ha puesto de manifiesto en la Asamblea General celebrada recientemente en la sede central de Madrid.

Las cuentas anuales, que fueron aprobadas por un 99,6 por ciento de los votos emitidos, confirman la senda del crecimiento estable y sostenible iniciado hace años por la Mutua, a la vez que consolida su posición como referente en el sector asegurador.

El presidente de A.M.A., Luis Campos, resaltó en su intervención que las primas devengadas del seguro directo en el 2018 alcanzaron los 175.337.000 euros, un 1,5 por ciento más que en el año anterior, dentro de un entorno especialmente competitivo, y que el resultado bruto antes de impuestos fue de 8,4 millones de euros, lo que representa un 5,9 por ciento de las primas imputadas netas de reaseguro.

El secretario general y consejero delegado de la Mutua, Francisco Javier Herrera, intervino para desarrollar el segundo punto del orden del día relativo a las Cuentas Anuales e Informe de Gestión y corroboró que en el último ejercicio el número de pólizas ha crecido un 2 por ciento en todos los ramos hasta alcanzar la cifra de 552.823.



De izda. a dcha.: Miguel. R. Ferro, Francisco J. Herrera, Luis Campos y Luis A. García.

Asimismo, destacó que, a pesar de la negatividad de los mercados financieros y los bajos tipos de interés, A.M.A. ha obtenido una importante renta en sus inversiones financieras de 2.827.000 euros, gracias a una adecuada estructura de su cartera que en algunos casos ha superado el 10 por ciento de rentabilidad.

En la Asamblea se hizo especial mención al crecimiento espectacular de AMA Vida que, bajo la presidencia del Dr. Diego Murillo, iniciaba su actividad a principios del 2018, habiendo alcanzado, solo un año después, unos números excelentes con 114.000 asegurados más, a través de las casi 600 pólizas individuales y las 56 colectivas que se han firmado.

AMA América Seguros se ha consolidado como una de las compañías de referencia en Ecuador donde se ha asegurado ya a más de 30 sociedades sanitarias y firmado más de 40 pólizas colectivas con importantes gremios e instituciones del país.

Todos estos buenos datos son el resultado, en opinión de Campos, de “un trabajo colectivo diario y constante” y de la apuesta de la aseguradora “por la calidad del servicio, la cercanía y la fidelización de nuestros mutualistas”.

La Asamblea General también procedió a la renovación de los dos consejeros que cumplían su actual mandato: Luis Cáceres Márquez renueva en el Consejo y Pedro María Urigoitia Saudino cesa en el cargo y cede el puesto al Dr. Diego Murillo.

## Sabadell ejecuta la venta del 40% de Ribera Salud

Sabadell acaba de ejecutar la venta del 40 por ciento del capital de Ribera Salud que tenía preacordada con la empresa estadounidense Centene Corporation, una de las que más se benefició del llamado Obamacare. Esta participación, que controlaba a través de una sociedad, procede de la cartera industrial heredada de CAM.

Tal y como se acordó en su momento, Sabadell se quedará con una participación del 10 por ciento para atender la petición de permanencia de Centene, para quien esta fue su primera adquisición internacional.

Según fuentes conocedoras, las plusvalías obtenidas por Sabadell rondarían los 40 millones de euros.

Ribera Salud fue creada por Bancaja y CAM al 50 por ciento en 1997 para gestionar inicialmente en concesión el Hospital de Alzira (Valencia) en un modelo de colaboración público-privada que empezó a dar servicio en 1999. Posteriormente, el modelo se fue ampliando para gestionar áreas de salud completas, primero en la Comunidad Valenciana, y posteriormente en otras regiones. Tras la desaparición de Bancaja y CAM, las participaciones pasaron a Bankia y Sabadell. Centene adquirió primero el 50 por ciento en manos de Bankia hace cinco años.



ribera salud grupo

# Sanidad Autonómica



Incluyen al centro de salud Patricio Pérez de la Comunidad Valenciana entre los mejores centros sanitarios del mundo

El Centro de Salud de Patricio Pérez, del departamento de salud de Torrevieja, ha finalizado el proceso para obtener la *Acreditación Joint Commission International*, la más prestigiosa acreditación sanitaria, que garantiza al paciente el cumplimiento de altos estándares de calidad, reconocidos a nivel internacional.

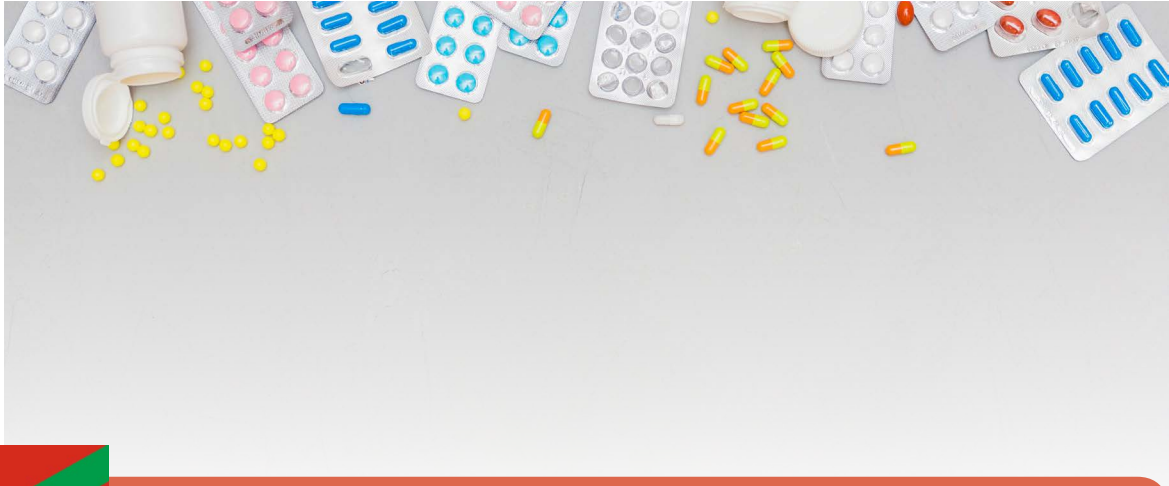
El centro de salud Patricio Pérez se suma, así, al de San Luis que ya obtuvo esta acreditación en 2017, así como el Hospital Universitario de Torrevieja. Cabe destacar que el grupo Ribera Salud encabeza el compromiso por ofrecer a los ciudadanos una atención sanitaria de calidad puesto que, al departamento de Torrevieja Salud se suma el departamento de salud del Vinalopó, con sus centros de salud de Crevillente y el Hospital Universitario del Vinalopó (acreditados en 2017), y Carrús, Toscar, Pla-Vinalopó, Dr. Sapena y centro auxiliar Dr. Alberto García, recientemente acreditado.

En este sentido, ha afirmado Eva Baró, gerente del Departamento de Salud de Torrevieja, "la obtención de esta acreditación, que se suma a la ya obtenida en 2017 para el centro de salud de San Luis, supone un hito histórico para la atención primaria pública sanitaria de la Comunitat Valenciana. Esta

acreditación pone de manifiesto el compromiso de Ribera Salud por ofrecer una atención sanitaria de máxima calidad y el compromiso por integrarse en el cuidado de la comunidad".

Con más de 50 años de dedicación a la mejora de la calidad y la seguridad de las organizaciones sanitarias y sociosanitarias, la Joint Commission es, a día de hoy, la organización con más experiencia en acreditación sanitaria en todo el mundo. Se trata de la JCI es un modelo que garantiza la calidad de la atención a la persona a lo largo de todo el proceso y alcanza siempre al conjunto de una organización.





## País Vasco ya ha iniciado el 90% de las acciones de su Plan de Salud

Nueve de cada diez acciones y objetivos contemplados en el Plan Vasco de Salud y cuyo cumplimiento se contemplaba en 2020 ya se habían implementado o iniciado en 2018. Así lo refleja el informe anual correspondiente al pasado año, que analiza el grado de cumplimiento de las 146 acciones orientadas a lograr los 35 objetivos contemplados en el "Plan Vasco de Salud. Osasuna: Pertsonen eskubidea, guztion ardura".

El Lehendakari Íñigo Urkullu ha presidido recientemente la reunión de la Comisión Directora del Plan de Salud 2013-2020 en la que están representados todos los departamentos del Gobierno Vasco. En la misma, se ha dado cuenta del informe de situación que constata que Euskadi sigue encarando de forma positiva los determinantes que condicionan la salud de la población a través de la intervención intersectorial basada en la salud en todas políticas. Además de profundizar en la mejora y preservación de su sistema sanitario público, universal y de calidad.

Entre los principales logros, figura precisamente el alineamiento de las políticas sectoriales con el objetivo de salud para la población, situando de esta forma, a la salud en el lugar más alto de la agenda política de las 14 áreas sectoriales del Gobierno Vasco presentes en la Comisión Directora y en el Comité Técnico de salud en todas las políticas. Además, destacan avances relaciona-

dos con el desarrollo de los procesos comunitarios para la mejora de la salud en el ámbito local, mediante el trabajo interinstitucional y contando con la participación y protagonismo de la propia población.

El informe remarca también los avances obtenidos por los programas de cribado de cáncer de mama y colon, que mantienen una alta participación; el despliegue del Plan de Cuidados Paliativos; la mejora experimentada en el control de las enfermedades crónicas; y el cada vez mayor nivel de utilización del consejo sanitario. Además se ha continuado mejorando la atención de las mujeres víctimas de violencia de género, impulsando la estrategia de abordaje del dolor en las organizaciones de Osakidetza, y el impulso de la declaración de voluntades anticipadas.

El documento recoge también los esfuerzos materializados en iniciativas como la estrategia de prevención de la obesidad infantil, SANO, con una propuesta integradora de los ámbitos familiar, comunitario, educativo y sanitario en las intervenciones; los avances en el despliegue del Plan Oncológico de Euskadi, motor de una atención integrada; o la Estrategia de Prevención del Suicidio, que se ha diseñado desde el Consejo Asesor de Salud Mental y que en breve se presentará, entre otros ámbitos.



## Andalucía aumenta su inversión en Sanidad un 7,9%

El Consejo del Gobierno de Andalucía ha aprobado recientemente el Proyecto de Presupuestos para el 2019, en el cual se incluye un incremento notable del 7,9 por ciento, hasta los 10.409 millones de euros, de la partida destinada a Sanidad. Esto supone 758 millones de euros más respecto al año pasado. En total, las cuentas de este año ascienden hasta los 36.495,5 millones de euros, lo cual implica una subida de 1.736 millones de euros, un 5 por ciento más con respecto al ejercicio anterior.

Dentro de los servicios públicos fundamentales, la política de Sanidad "sigue siendo la que absorbe más recursos", según ha señalado la Junta en un comunicado. Desde el Ejecutivo apuntan, además, que estas cuentas "combinan el mayor incremento de la historia en sanidad, dependencia y educación con una rebaja fiscal para el impulso al crecimiento económico", al tiempo que mantienen el nivel de inversión.

Uno de los objetivos de estos presupuestos es consolidar "plenamente" las plantillas de personal en ámbitos como el de la salud. De hecho, el Capítulo I de los Presupuestos (gastos de personal) recoge prácticamente un tercio de esos nuevos 1.736 millones de euros que hay en el presupuesto de 2019 para nuevas contrataciones de empleados públicos.

"Esto se debe a la restitución de derechos para los empleados públicos andaluces tras los recor-

tes sufridos en años anteriores", apunta la Junta, además de las mayores dotaciones de plantilla en el Servicio Andaluz de Salud, donde, precisamente, se prevé la contratación de más de 18.100 profesionales sanitarios en el marco del Plan de Vacaciones.

El Capítulo II (gastos corrientes en bienes y servicios) crece un 12,8 por ciento como reflejo del crecimiento en gasto social, ya que se ha incluido el gasto real estimado por las compras del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en medicamentos y otras provisiones esenciales para el funcionamiento del sistema sanitario público, según apuntan desde la Junta.

Asimismo, respecto a lo que concierne al ámbito sanitario, en el cuarto capítulo del proyecto de cuentas públicas andaluz, que trata sobre transferencias y subvenciones corrientes, aumenta su cantidad un 5,4 por ciento con el objetivo de, entre otras cosas, aumentar la financiación de entidades instrumentales relacionadas con la Salud.

De este modo, el consejero de Hacienda, Industria y Energía, Juan Bravo, ha destacado que estamos ante "los presupuestos más sociales de la historia". Precisamente, las dos consejerías con un mayor peso en el presupuesto de 2019 son la de Salud y Familias y la de Educación y Deporte, con una dotación de 10.603,9 y 6.620,2 millones de euros, respectivamente



# Biblioteca



## Cuidar a las personas en el proceso de morir

Dr. Jacinto Bádiz Cantera

Este libro, de menos de 50 páginas, está constituido como una guía de referencia y consulta fácil para cuidadores de personas con enfermedades avanzadas o al final de sus vidas. La obra ha sido prologado por el Hno. Mariano Bernabé, superior de los hermanos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi. Asimismo, las ilustraciones y la maquetación corren a cargo de los hermanos de San Juan de Dios Víctor Martín y Ramón Castejón, respectivamente.

*Cuidar a las personas en el proceso de morir* expone de manera sucinta qué son los cuidados paliativos, cómo responder a las preguntas del paciente, qué hacer si este desea la muerte, las necesidades que, como persona, tiene el enfermo, y la importancia de la compañía, del tacto, de la escucha y de la comprensión ante esta etapa vital tan compleja y difícil.



## Comunicación que funciona

### Claves para triunfar en la vida y en la profesión desde la comunicación

Bernardo R. Facta

Aprovechar más el cúmulo inmenso de talentos y recursos de nuestra comunicación para ser más exitosos en la vida o la profesión, resume la intención principal de este libro.

Concebido gracias al aporte previo de una mirada de autores, investigadores y talentos que dedicaron tiempo y esfuerzo a decodificar nuestro

enorme potencial, además de sugerir líneas para concretarlo en resultados exitosos. Sus diferentes capítulos (de estilo intencionalmente desenfadado) invitan a un viaje a través de nosotros mismos, en el que cada parada hará énfasis en un área concreta de esa inmensidad de nuestro potencial, con el claro objetivo de llevarlos sólida y confiadamente a la concreción.







Seguro de Automóvil



Sonia tiene que pasar la ITV,  
pero está muy *tranquila*

Porque con su Seguro de Automóvil, en A.M.A. pasamos la ITV de su coche por ella.

*Así de fácil...*

**A.M.A. MADRID**

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A  
Tel. 913 43 47 00  
amacentral@amaseguros.com

**A.M.A. MADRID (Hilarión)**

Hilarión Eslava, 50  
Tel. 910 50 57 01  
hilarion@amaseguros.com

**A.M.A. MADRID (Villanueva)**

Villanueva, 24  
Tel. 914 31 06 43  
villanueva@amaseguros.com

**LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**



**A.M.A.**  
agrupación mutual  
aseguradora

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

913 43 47 00 / 902 30 30 10

Síguenos en



y en nuestra APP

