

NEW

Medical Economics®

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE

Nº 38 30 de SEPTIEMBRE 2016

Impacto del **TIEMPO** en el cuidado de la salud de los españoles



● 17 sistemas sanitarios más 1

● El nuevo mapa sanitario:

*Entrevista a Francisco del Busto,
Consejero de Sanidad de Asturias*

CONSEJO EDITORIAL

Abarca Campal, Juan

Consejero delegado, grupo HM Hospitales

Abarca Cidón, Juan

Director General de HM Hospitales

Alfonsel Jaén, Margarita

Secretaria general Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN)

Aguilar Santamaría, Jesús

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Arnés Corellano, Humberto

Director General FARMAINDUSTRIA

Asín Llorca, Manuel

Presidente Asociación de Clínicas Privadas de Dermatología (ACD)

Avilés Muñoz, Mariano

Abogado - director de Alianza Cuatro Asesores Legales
Presidente Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF)

Bando Casado, Honorio Carlos

Consejero Instituto de Salud Carlos III

Calderón Calleja, María Luisa

Directora de Relaciones Institucionales de HM Hospitales

Carrero López, Miguel

Presidente Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

Castro Reino, Óscar

Presidente del Consejo General de Dentistas

Contel Bonet, Cristina

Presidenta de Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)

De Lorenzo y Montero, Ricardo

Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario

De Rosa Torner, Alberto

Consejero Delegado del grupo Ribera Salud

Fernández-Pro Ledesma, Antonio

Presidente Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Fernández-Valmayor, Adolfo

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

García Giménez, Víctor

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

Garrido López, Pilar

Presidenta Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de Salud

González Jurado, Máximo

Presidente del Consejo General de Colegio Oficial de Enfermería

Gutiérrez Fuentes, José Antonio

Consejero honorario, Fundación Lilly

Gutiérrez Sánchez, Alipio

Presidente de la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS)

Iñiguez Romo, Andrés

Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

Jaén Olasolo, Pedro

Presidente Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

Lens Cabrera, Carlos

Subdirector general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Llisterri Caro, José Luis

Presidente Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Macaya Miguel, Carlos

Presidente de la Fundación Española del Corazón (FEC)

Martí Pi Figueras, Jordi

Presidente de ASEBIO

Martín del Castillo, José María

Farmacéutico y abogado

Martínez Solana, María Yolanda

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

Matesanz Acedos, Rafael

Coordinador Nacional de Trasplantes

Millán Rusillo, Teresa

Directora de Relaciones Institucionales Lilly

Morales Cano, Guadalupe

Presidenta del Foro Español de Pacientes

Murillo Carrasco, Diego

Presidente Agrupación Mutual Aseguradora (AMA)

Ondategui-Parra, Silvia

Directora Unidad de Salud y Farmacia Ernst & Young

Peña López, Carmen

Presidenta de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

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 Caro, José Isaías

Vicepresidente de Asuntos Europeos en Llorente & Cuenca

Rodríguez de la Cuerda, Ángel Luis

Director de la Asociación Española del Medicamento Genérico (AESEG) y Director General de la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares (BIOSIM)

Rodríguez Sendín, Juan José

Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)

Rodríguez Somolinos, Germán

Director de Ciencias de la Vida y los Materiales (CDTI)

Sánchez Chamorro, Emilia

Directora General de Planificación, Investigación y Formación de la Consejería de Sanidad de Madrid

Sánchez de León, Enrique

Director General Asociación para el Progreso de la Dirección

Sánchez Fierro, Julio

Vicepresidente del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad

Somoza Gimeno, Asunción

Directora de Relaciones Institucionales Astellas Pharma

Tranche Iparagirre, Salvador

Presidente Sociedad Española de Medicina y Familia Comunitaria (SEMFYC)

Truchado Velasco, Luis

Socio para los sectores de Salud y Ciencia de Odgers Berndtson en el sur de Europa

Valles Navarro, Roser

Responsable de la promoción de la Donación. Banco de Sangre y Tejidos de la Consellería de Sanitat de Catalunya.

EDITORIAL

EDITA

Medihealth Economics, S.L.
c/Cristóbal Bordiú, 19-21. 4-Dcha.
28003 Madrid.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Amparo Martínez Alonso, Manuel Pérez Jiménez,
Miguel Ángel Serralvo Titos, Florencio Miguel Lorenzo
Gómez, Israel Prieto Mateos

DIRECTOR

José María Martínez García
direccion@newmedicaleconomics.es
josemaria@newmedicaleconomics.es

PUBLICIDAD

publicidad@newmedicaleconomics.es

COORDINADORA REDACCIÓN

Carmen Mª Tornero Fernández
redaccion@newmedicaleconomics.es
carmenmaria@newmedicaleconomics.es

COLABORADORES EXPERTOS

GESTIÓN PROFESIONAL

Blanca Fernández Lasquetty,
Enfermera del Hospital General de la
Mancha Centro (Alcázar de San Juan).
Vocal de la Asociación Nacional de
Directivos de Enfermería (ANDE)



Clara Grau Corral,
Consultora en salud.



Elisa Herrera Fernández,
Experta jurídica en Derecho
Ambiental.



Findia Leyva Vera,
Blog Cuestión de Estrategia.
Inteligencia de negocio para
directivos.



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



Lluis Bohigas Santasusagna,
Economista de la salud



María Gracia Ruiz Navarro,
Enfermera del Hospital General de
Valencia.



Marta Irazo Bañuls,
Directora de Avant Comunicación.



Miguel Ángel Mañez Ortiz,
Director de RRHH del Hospital
Universitario de Fuenlabrada.



RRHH

Corpus Gómez Calderón,
Jefe de desarrollo profesional de
Marinasalud. Denia (Alicante).



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



Jaime Puente C.,
C. Level Advisor. Executive coach.
Miembro de Expert Council.



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



INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Óscar Gil García,
Director de tecnologías de la
información de Vithas.



Verónica Pilotti de Siracusa,
Project manager en Imex Clínic.



DERECHO

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



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



Miguel Fernández de Sevilla,
Profesor de derecho sanitario
en la Facultad de Medicina en la
Universidad Complutense de Madrid.



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.



ATENCIÓN AL PACIENTE

Mª Dolores Navarro Rubio,
Directora del Instituto Albert J.
Jovell- Universidad Internacional
Cataluña.





Responsabilidad
Civil Profesional
20
AÑOS
*Asegurando
su Tranquilidad*

LLEVAMOS
20 AÑOS
ASEGUANDO
EL EJERCICIO
PROFESIONAL DE
QUIENES EJERCEN
LA SANIDAD

En A.M.A.
aseguramos
su tranquilidad
profesional

AHORA, INCLUIDO EN PÓLIZA SIN COSTE ALGUNO:

- ✓ AMPLIACIÓN DE GARANTÍA POR SUBSIDIO POR INHABILITACIÓN TEMPORAL EN CAPITAL Y TIEMPO
- ✓ DENTRO DE LA RC DE EXPLOTACIÓN, AÑADIMOS LA RC LOCATIVA
- ✓ ASESORAMIENTO JURÍDICO COMO TESTIGO PARA INFORMES Y DICTÁMENES
- ✓ ELABORACIÓN DE INFORMES PERICIALES



www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síguenos en     

A.M.A. MADRID (Central)
Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A
Tel. 913 43 47 00
madrid@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)
Villanueva, 24
Tel. 914 31 06 43
villanueva@amaseguros.com

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

S U M A R I O

- 6** **Sanidad: colaboración público-privada**
¿Una fórmula que preserva la salud del sistema sanitario?

52 **I Foro de eficiencia en la gestión de procesos y seguridad en la farmacia hospitalaria**
- 9** **Mi Observatorio**
17 sistemas sanitarios más 1

58 **Las noticias de la quincena**
- 12** **El Termómetro**
Transparencia, calidad, innovación y resultados

64 **Nombramientos**
- 14** **Gestión**
¿Llegará a desbordarnos la tecnosociedad comunicadora?
La influencia de la geografía en la salud

66 **Economía**
- 18** **El paciente de hoy**
La enfermedad no se va de vacaciones

68 **Innovación y nuevas tecnologías**
La explotación de grandes fuentes de datos en salud: oportunidades, retos y límites
- 20** **RRHH-Gestión de personas**
Gestión de expectativas

71 **Sanidad Autonómica**
- 24** **El nuevo mapa sanitario**
"Los sistemas sanitarios universales, con propiedad y gestión públicas son más eficientes, equitativos y humanos"

73 **Biblioteca**
- 32** **En portada**
Impacto del tiempo en el cuidado de la salud de los españoles



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias y opiniones a través de nuestra web:

www.newmedicaleconomics.es



Sanidad: colaboración público-privada

¿Una fórmula que preserva la salud del sistema sanitario?



CARLOS ROYO Y MARÍA JOSÉ CEREZO



La progresiva disminución de los fondos de cohesión europeos, que ha llevado a España a perder la condición de perceptor neto; una creciente demanda de servicios públicos de alta calidad, y una situación económica complicada que se alarga en el tiempo, abocan a las administraciones a aplicar fórmulas que les permitan asegurar su razón de ser: el servicio público.

Los retos y las demandas que trae consigo la era digital afectan por igual a todo tipo de organizaciones. Sin embargo, la estructura de la Administración no es tan flexible y ágil como puede serlo la de las organizaciones privadas. Su naturaleza es garantista, y su actividad está sujeta a procedimientos de control que ralentizan tanto la toma de decisiones como su ejecución. A la vez, en los últimos años, los presupuestos públicos vienen sufriendo importantes recortes orientados al cumplimiento de los objetivos de déficit que marca Bruselas. Por otro lado, las inversiones públicas no tienen carácter financiero, lo que impide su amortización dividiendo el gasto en los años de duración de éstas. Tampoco la Administración puede financiarse por sí misma, ya que depende de las asignaciones establecidas en los Presupuestos del Estado. Este cúmulo de circunstancias ha abocado a las administraciones públicas españolas a la colaboración público-privada como fórmula para la prestación de servicios públicos con la calidad y ubicuidad que demanda el ciudadano digital.

A nivel global, desde los años setenta y ochenta, son muchos los países desarrollados que han optado por incorporar el sector privado a su actividad con el fin de proveer servicios públicos, siendo el gobierno británico el pionero durante los mandatos de Margaret Thatcher. El modelo que el país anglosajón comenzó a impulsar en los años noventa y que se denominó PFI (Iniciativa de Financiación Privada) se ha convertido en la actualidad en pilar esencial de la provisión de servicios en aquel país, sobre todo en materia de educación y de Sanidad. No obstante, esta fórmula no nació con el objetivo de reducir o no incrementar el déficit público, sino que surge de la intención de obtener mayor valor por el dinero, (*Value for Money, VFM*) por la vía de maximizar la eficacia y minimizar los costes. Se argumentaba que los proyectos de colaboración público-privada generaban una mayor eficiencia, al tiempo que permitían contar con la mejor experiencia y la tecnología más avanzada.

Si la colaboración público-privada llegó y se quedó en aquel país sin cuestionarse hace ya veinte años, en buena medida, las políticas de transparencia y de comunicación al ciudadano que priman en estos proyectos han tenido mucho que ver en ello, trasladando el mensaje que explica que este modelo no persigue nacionalizar ni privatizar los servicios públicos, sino a través de una colaboración contractual, lograr aquello que sería imposible conseguir actuando por separado el Estado y el sector privado.

Sanidad universal, un derecho, ¿sostenible a día de hoy?

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud, y especifica que es competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. A su vez, la asis-

tencia sanitaria, como establece la Ley General de Sanidad de 1986, se ha de sufragar con cargo a los Presupuestos del Estado y la cuantía que se destina a esta partida viene dada por la decisión de los gobernantes, en la que la coyuntura económica tiene mucho que decir.

Resulta obvio que el escenario social y económico va evolucionando a lo largo de los años, pero muchas de las estructuras del Estado y de legislaciones no cambian al mismo ritmo. Un ejemplo de ello lo encontramos en el sistema sanitario, cuya revisión en profundidad ya se planteó en nuestro país en 1991, encargándose de ello una comisión de expertos que presidió el ministro Fernando Abril Martorell. Entre sus propuestas destacamos una: la separación entre la financiación y la provisión de los servicios en nuestro Sistema Nacional de Salud.

A una realidad que se ha venido agravando con el tiempo, como es la inversión de la pirámide poblacional y el paulatino incremento de la esperanza de vida, se suman la irrupción del ciudadano digital y una economía que ha sufrido la mayor crisis de las últimas décadas. El Informe Abril, en el que trabajaron ciento cuarenta expertos durante un año, sacó a la luz problemas relativos a la organización, la gestión y la financiación que entorpecían el funcionamiento de la Sanidad, a la vez que reconocía tanto el valor de un sistema que presta asistencia a todos sus ciudadanos bajo el principio de equidad, como la excelente formación médica o la calidad hospitalaria.

Sus conclusiones se presentaron en el Congreso de los Diputados durante el Gobierno de Felipe González, y significaron el vislumbamiento de "un cierto agotamiento del sistema sanitario". Aun así, el texto no volvió a salir de su cajón tras ser compartido en la Cámara Alta.

Los valores que por entonces destacó el texto perviven a día de hoy, siendo la sanidad española reconocida internacionalmente, desde su modelo de trasplantes hasta la estructura de su sistema. Pero, veinticinco años más tarde, con el segundo mayor déficit de la Unión Europea (equivalente al 5 por ciento del PIB sin contar con las aportaciones al sector financiero -Eurostat-) y del que 15.000 mil millones de euros corresponde a la Sanidad; con un porcentaje de paro del 20 por ciento; con un elevado número de pensionistas (casi el 80 por ciento del consumo de recursos sanitarios se produce en mayores de 65 años) y con un sector público dimensionado según criterios políticos de bonan-

za económica, debemos pensar que el sistema sanitario español requiere algo más que unas vendas y tiritas para continuar ganándose este reconocimiento.

Resulta manifiesto que la necesidad de reformar y mejorar el sistema sanitario no se circunscribe a nuestro país, es global. Expertos que participaron en el Informe Abril, como Carlos Revilla, propusieron la elaboración de un estudio europeo que "ayude a pensar globalmente y a actuar localmente". Y en este sentido trabaja el *European PPP Expertise* (EPEC), un centro dependiente del Banco Europeo de Inversiones del que forman parte la Comisión Europea, los Estados Miembros de la UE y los países candidatos, y que nació en 2008 para ayudar al sector público europeo en el desarrollo de iniciativas de PPP, e intercambiar experiencias y conocimiento.

A su vez, como ejemplo de la naturaleza transfronteriza de la cuestión, cabe mencionar la reforma en la Sanidad impulsada por Obama, que aporta una nueva cultura en la gestión de la salud entre los profesionales sanitarios y los ciudadanos. Basada en el desarrollo de centros innovadores denominados "*Organizaciones de Sanidad Responsable*" (ACO en sus siglas en inglés) apuesta por incentivar a los profesionales en función de los resultados en salud, alineando sus objetivos a los de la organización, a la vez que apela a la responsabilidad del ciudadano en el cuidado y prevención de su salud.

Los ACO se gestaron como laboratorios de innovación en los que se ha llevado a cabo una importante inversión en tecnologías de la información buscando, entre otras cosas, la segmentación de pacientes de riesgo, la proactividad en el diagnóstico y el tratamiento basado en la información que proporcionen las técnicas de *big data*. En España, el Servicio Gallego de Salud está trabajando en esta línea. De este modo, empleando tecnología de GMV, ha implantado HEXIN, la primera y única plataforma de explotación de datos clínicos y epidemiológicos de sus características implantada en una Comunidad Autónoma.

Colaboración público-privada en el ámbito sanitario español

Un informe realizado por el *European PPP Expertise* en 2006, mostraba a España en segundo lugar entre los países de la Unión Europea en cuanto a número de proyectos adjudicados en modelos de colaboración público-privada. Todas las comunidades autónomas de nuestro



país, en menor o mayor medida, recurren a esta modalidad en el ámbito de la sanidad a través de distintas fórmulas jurídicas con el objetivo de garantizar la financiación, la construcción, la renovación, la gestión o el mantenimiento tanto de sus infraestructuras como la prestación de servicios. El primer proyecto de esta naturaleza que se acometió en nuestro país fue el Hospital de Alcira, construido en 1999 en Valencia mediante una concesión administrativa.

Si bien España ha acudido a esta fórmula como muleta para evitar cargar con más peso unas cuentas públicas que han de cumplir con los objetivos de deuda marcados por la Unión Europea, como advierte el informe “*A Framework for Examining Accountability and Value for Money in the UK’s Private Finance Initiative*” cuando el objetivo resulta ser exclusivamente presupuestario, los proyectos tendrán un enfoque a corto plazo y no se aprovecharán todas las ventajas adicionales que ofrece la PPP en cuanto a calidad, tecnología y gestión de riesgo. Porque no se debe perder de vista su verdadera razón de ser: incrementar la eficiencia y obtener más valor por el dinero, lo que redundará en beneficio de la economía y la sociedad.

Asimismo, también se recomienda la creación de organismos dedicados a tutelar la PPP para apoyar a los distintos ministerios y niveles de administración en el proceso de adjudicación y es que, tal y como señala el informe realizado por la Cátedra Económico - Financiera del Centro PwC & ie del Sector Público “*La Tercera Vía: en la frontera entre lo público y privado*”, España es de los pocos países que no cuenta con un organismo oficial dedicado a la PPP.

De la misma forma, no existe un censo de proyectos de colaboración público-privada en ningún sector y apenas se divulgan datos oficiales comparativos que permitan valorar si se alcanzan los objetivos perseguidos con estas fórmulas, así como identificar los puntos fuertes y débiles de cada tipo de gestión (pública y privada); o establecer penalizaciones o rebajas en función del nivel de cumplimiento del servicio, u obtener otra información relevante que permita al ciudadano formarse un criterio sustentado en evidencias. De contar con ello, se podrían llevar a cabo informes como el realizado por el Ministerio de Economía y Hacienda británico y Arthur Andersen, cuyas conclusiones fueron que, en promedio, los proyectos PFI/PPP habían conseguido mayor valor

por el dinero y que habían sido seis los factores principales que impulsaban la decisión de emprender este tipo de proyectos: la transferencia de riesgo; el enfoque a largo plazo de los proyectos; unas especificaciones basadas en los resultados obtenidos; mayor competencia; evaluación de los resultados; y los incentivos para una mayor eficacia y rentabilidad.

Contar con esta información permite al país anglosajón una transparencia total con sus ciudadanos, que están informados de los proyectos que se acometen tanto en lo referido a los ahorros conseguidos como a los errores cometidos, según el caso. Ello contribuye a que la fórmula que llegó hace veinte años celebre aniversarios con buena salud.

La contratación público-privada en Sanidad se ha convertido para las administraciones públicas en un instrumento con el que introducir mayor eficiencia en el sistema sanitario, obteniendo beneficios financieros y aportando flexibilidad e innovación en la gestión, y todo ello manteniendo o incrementando la calidad del servicio prestado.

Es un modelo atractivo para un gobierno que se encuentre ante presiones para aumentar sus inversiones en infraestructura, por un lado, y reducir el endeudamiento público, por otro. Permite la provisión de servicios públicos sin la necesidad de aportación de capital inmediato o directo. Además, facilita al gobierno evitar el coste político de subir impuestos. Esta perspectiva a corto plazo sobre valor por dinero motiva y acelera los programas PPP. Pero se ha de tener una visión más amplia de sus ventajas potenciales que vaya más allá del ahorro de gasto público, prestando especial atención a la transparencia y comunicando esta visión de forma adecuada a los agentes económicos y a los ciudadanos.

No se ha de perder de vista al protagonista del sistema de salud, el paciente, que cada vez está más informado y formado, ni el objetivo, asegurar el cuidado de su salud. De tal manera, todas las decisiones habrán de girar sobre ellos. Decisiones que incorporen medidas para incentivar a la población a cuidar su salud de forma proactiva, copartícipe y corresponsable.

DIRECTOR DE DESARROLLO DE NEGOCIO DE SALUD
DE GMV / ASESORA DE MARKETING DE GMV



Mi Observatorio

17 sistemas sanitarios más 1

LLUIS BOHIGAS SANTASUSAGNA



Cuando se describe al sistema sanitario español se tiende a definirlo como 17 sistemas de salud diferentes, fuente de muchas inequidades. La verdad es que los 17 no son tan diferentes pues tienen el mismo origen, el Instituto Nacional de Previsión

(INP). Muchos hospitales fueron construidos por aquella institución y el personal sanitario está sometido a un estatuto jurídico diferente del de los funcionarios y de los trabajadores laborales, que fue precisamente una obra del INP. Sin embargo, hay otro sistema además de los 17, que sí es muy diferente en su gestión y funcionamiento, por eso el título del artículo: *17 sistemas sanitarios más 1*. Hay un número muy importante de ciudadanos españoles cuya Sanidad no es responsabilidad de ninguno de estos 17 sistemas, sino que su atención sanitaria sigue siendo responsabilidad del Estado, se trata de los funcionarios que pertenecen a las mutualidades públicas: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutua General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS). El Estado es responsable de la atención sanitaria de estos funcionarios y sus familias, en total unos 2 millones de personas. El Estado es pues un sistema sanitario de mayor tamaño que la mayoría de las comunidades autónomas. El Estado es responsable de una población similar al País Vasco y muy superior a una decena de comunidades. Podríamos denominar a este sistema del Estado, el número 18 de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Los funcionarios cuya Sanidad es responsabilidad del Estado tienen el privilegio de poder escoger los servicios sanitarios públicos o privados. Si escogen los servicios privados,

su asistencia se lleva a cabo por una serie de compañías aseguradoras privadas que tienen sus propios hospitales y médicos o convienen con otros hospitales y médicos privados. Si escogen la sanidad pública son atendidos por la Comunidad Autónoma donde residen. Las mutuas públicas contratan una póliza con las aseguradoras privadas y les pagan una cantidad económica que decide la propia Mutua. Cuando el funcionario escoge la atención pública, la Comunidad Autónoma no recibe ningún dinero por dar este servicio. Las estadísticas publicadas indican que los funcionarios del Estado prefie-





ren en su inmensa mayoría la atención privada, y así por encima del 80 por ciento de los funcionarios y familias escogen una aseguradora, mientras que menos del 20 por ciento escoge la sanidad pública.

HAY UN NÚMERO MUY IMPORTANTE DE CIUDADANOS ESPAÑOLES CUYA SANIDAD NO ES RESPONSABILIDAD DE NINGUNO DE ESTOS 17 SISTEMAS, SINO QUE SU ATENCIÓN SANITARIA SIGUE SIENDO RESPONSABILIDAD DEL ESTADO, SE TRATA DE LOS FUNCIONARIOS QUE PERTENECEN A LAS MUTUALIDADES PÚBLICAS

Cuando un paciente de este 18 sistema ha escogido la atención privada y requiere una atención muy compleja o costosa, por ejemplo un trasplante, la aseguradora no puede asumirlo, y el caso es tratado por una Comunidad Autónoma sin ninguna compensación económica. Cuando los funcionarios se jubilan, y su atención es más costosa, acostumbran a pasar a la atención de una Comunidad Autónoma.

Desconocemos casi todo sobre la Sanidad que recibe el 18 sistema de salud. No sabemos los indicadores más elementales que conocemos de todos los servicios de salud autonómicos. La actividad sanitaria de las mutuas públicas es totalmente opaca.

En España queremos mucho a nuestros funcionarios y les damos a escoger la Sanidad que prefieren, bien esto solo sucede con los funcionarios del Estado, los de las comunidades autónomas y ayuntamientos que están en la Seguridad Social. Durante el período de recortes sanitarios de los años 2010-13, el presupuesto del 18 sistema sufrió recortes, pero mucho menos que el presupuesto sanitario de las comunidades autónomas.

Este 18 sistema se constituyó a finales de la Dictadura y ha sobrevivido tanto la Transición como a la Democracia. La izquierda ha intentado suprimirlo por lo que supone de privilegio para algunos ciudadanos y la derecha propuso extender el modelo MUFACE a toda la población, pero nada ha cambiado. Los sindicatos de funcionarios han peleado para mantener el 18 sistema, pero probablemente su supervivencia se explica porque la mayoría de los miembros del Consejo de Ministros actuales y anteriores, pertenecen a MUFACE.

ECONOMISTA DE LA SALUD
PARA CONTACTAR: LLUIS.BOIGAS@ECONOMISTES.COM



Consenso

Todos juntos somos más que la suma de uno

El grupo Ribera Salud y los representantes de sus trabajadores y trabajadoras han firmado de forma unánime el II Convenio Colectivo del Departamento de Torrevieja y el IV Convenio Colectivo del Departamento de La Ribera.

La firma de estos convenios aporta seguridad y estabilidad a nuestros profesionales, lo que beneficia a nuestros pacientes y al sistema sanitario público, y responde a nuestra apuesta por el entendimiento, el consenso y la paz social.

Una vez más nuestro grupo se sitúa en la vanguardia en la gestión de personas dentro del sector sanitario, para poder seguir ofreciendo una atención sanitaria pública excelente a los más de 800.000 ciudadanos y ciudadanas que todos los días confían en nuestro modelo de salud.

Gracias a todos y a todas los que lo han hecho posible.



El Termómetro

Transparencia, calidad, innovación y resultados

FERNANDO MUGARZA BORQUE



La transparencia en materia de salud es algo esencial no solo para generar confianza, sino porque, a día de hoy contribuye a acercar el dato al profesional sanitario, a que éste fluya entre áreas y territorios y a utilizarlo como instrumento para mejorar la relación con el paciente, ahorrarle esperas, precisar el diagnóstico y evitar tratamientos innecesarios.

Los ciudadanos tienen derecho a gestionar su propia salud de forma activa decidiendo dónde son tratados en función de todos los datos y resultados que se generan en el sistema, en el entorno de titularidad pública o privada. Por ello, la transparencia y la calidad son dos elementos clave para dar a conocer la infraestructura, recursos, tecnologías, actividades, seguridad y resultados de salud de los diferentes hospitales y servicios asistenciales que los conforman y, por lo tanto, para mejorar la gestión del sistema sanitario en su conjunto.

La información objetiva y transparente es imprescindible para la mejora continua de la calidad, la competitividad y la consecución de los mejores resultados en salud. En este contexto es destacable que la Sanidad de titularidad privada a través de la Fundación IDIS pone a disposición de toda la población, año tras año y de forma transparente, todos sus datos e indi-

cadore para fomentar el empoderamiento del paciente y que, de esta forma, pueda responsabilizarse de su propia salud.

Este aspecto adquiere especial relevancia no solo en nuestro país sino también fuera de nuestras fronteras puesto que cada vez son más los pacientes extranjeros que viajan a España con el propósito de recibir asistencia sanitaria. El denominado turismo de salud es un mercado en pleno auge en el mundo (con un crecimiento estimado en el 20 por ciento de media anual), tanto en número de pacientes como en volumen de negocio generado. De hecho, las perspectivas para los próximos años son muy ambiciosas, ya que se espera que el año 2020 este mercado genere una facturación cercana a los 1.000 millones de euros.

El sistema sanitario español en su conjunto tiene un gran prestigio y reputación no solo en nuestro país sino también fuera de nuestras fronteras, porque dispone de una amplia red de hospitales, centros sanitarios con tecnología puntera y una alta cualificación del personal sanitario que convierten a nuestro país en uno de los más preparados para atender a pacientes de cualquier parte del mundo y con una gran satisfacción a nivel asistencial.

Además de estos aspectos, nuestro país ofrece algo esencial, una oferta asistencial diversa y de calidad, unos precios competitivos en relación con los países de origen, un entorno estable que ofrece confianza y seguridad jurídica, y una infraestructura de hostelería adecuada. En el caso concreto de la sanidad privada, la oferta hospitalaria alcanza el 53 por ciento del total de centros (450) y el 37 por ciento de las camas favoreciendo así el acceso del usuario a la asistencia.

El nuevo marco legal que regula la sanidad transfronteriza permite un incremento de las garantías de calidad y seguridad para pacientes y usuarios, pero también la introducción de la liberalización en el sector, lo que conlleva una oportunidad para la Sanidad de titularidad privada y un reto para el sistema sanitario público.

En cuanto a las cifras de visitantes, las estimaciones de diferentes estudios contemplan alrededor de 100.000 visitantes/año, extranjeros procedentes de los mercados europeos, árabe y ruso, aunque también los hay que proceden de China y América Latina. Generalmente vienen a nuestro país atraídos por tratamientos de salud dental, trasplantes, fertilidad, oftalmología y tratamientos quirúrgicos a nivel ortopédico, cardíaco y estético. Asimismo también viajan aquí para realizar chequeos médicos, tratamientos termales y terapias antienvjecimiento.

España cuenta en ambos segmentos de provisión y aseguramiento con un perfil tecnológico sanitario de alto nivel; de hecho dispone de unos equipamientos para pruebas diagnósticas y para tratamientos que permiten llevar a cabo actividad de alta complejidad en el terreno de la neurocirugía, la cirugía cardíaca o la traumatología, entre otras.

Por otro lado, cuenta con un alto nivel de calidad asistencial y así lo confirman las múltiples acreditaciones y certificaciones alcanzadas por nuestros centros públicos y privados (ISO, *Joint Commission International*, EFQM, DIAS, SEP, etcétera.). Dentro de este contexto, la Fundación IDIS ha puesto a disposición de la sanidad pública y privada su acreditación QH (*Quality Healthcare*) que valora la excelencia a la calidad asistencial y seguridad de las organizaciones sanitarias independientemente de la titularidad que posean.

La calidad es uno de los aspectos en los que se asienta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios actuales y en este sentido la acreditación QH de IDIS permite evaluar los diferentes atributos de los sistemas de calidad existentes y unificar en un solo indicador sintético las actividades realizadas por cada organización en la senda de la calidad.

Esta iniciativa supone un paso de gigante en la sistematización de todos los procesos, indicadores y formas de medida de calidad existentes en nuestro entorno sanitario. Sin duda, este reconocimiento estimula a todas las instituciones sanitarias y a sus profesionales a procurar una mejora continua en sus procedimientos y procesos e incide en que nuestros centros sean percibidos y evaluados por todos nuestros pacientes como se merecen.

Además, este reconocimiento se constituye como un elemento de gran utilidad para todos los agentes implicados en el proceso asistencial, puesto que tanto pacientes como familiares pueden sustentarse en esta acreditación para tomar

EL NUEVO MARCO LEGAL QUE REGULA LA SANIDAD TRANSFRONTERIZA TAMBIÉN PERMITE LA INTRODUCCIÓN DE LA LIBERALIZACIÓN EN EL SECTOR, LO QUE CONLLEVA UNA OPORTUNIDAD PARA LA SANIDAD DE TITULARIDAD PRIVADA Y UN RETO PARA EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

la decisión sobre qué centro quieren para recibir la atención y la asistencia necesarias para desarrollar un seguimiento adecuado de su proceso.

Esta iniciativa supone una nueva vía para el reconocimiento de la calidad sanitaria de los centros de naturaleza pública o privada, indistintamente, tanto a nivel nacional como internacional ya que la calidad es un medio para alcanzar los mejores resultados en términos de salud en los diferentes procesos, protocolos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados.

La Acreditación QH es un avance disruptivo en este entorno tan diverso, ya que ayuda a que los centros asistenciales persigan una mejora continua en materia de calidad para obtener los mejores resultados de salud para sus pacientes, en las mejores condiciones, contando con los mejores profesionales y con los procedimientos más exigentes que pone a nuestro alcance el conocimiento y avances científicos.

QH supone, en definitiva, una nueva señal de identidad que refleja la calidad de nuestros centros y es fácilmente reconocible por todos los pacientes, tanto españoles como los que provienen de otros países y que tienen a nuestro país como su destino preferido de salud.

DIRECTOR DE DESARROLLO CORPORATIVO DEL INSTITUTO PARA EL DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD (IDIS)

PARA CONTACTAR: FMUGARZA@FUNDACIONIDIS.COM



Gestión

¿Llegará a desbordarnos la tecnosociedad comunicadora?

MARTA IRANZO BAÑULS

Hoy podemos leer al instante un artículo publicado al otro lado del mundo, suscribirse a revistas, blogs, canales de vídeo con un solo clic... hace unos años era impensable que tuviéramos tal cantidad de información y en tiempos tan cortos. Lo quiero aquí y ahora.

Aunque tiene muchos elementos positivos, también es cierto que todos sufrimos a diario ese exceso de información. En ciertos momentos y a ciertas personas puede generar incluso ansiedad.

Tres reflexiones sobre este volumen de información

El volumen de información por sí mismo no tiene ningún valor. Si no somos capaces de procesar esa información de nada servirá. El problema al que nos enfrentamos hoy es, en primer lugar, aprender a seleccionar esa información y, en segundo lugar, aprender a procesarla.



La información nos permite atender individualidades. Hoy en día la empresa sanitaria está en plena evolución. La búsqueda de la eficacia y la eficiencia están en su punto de mira. Existe una necesidad real de diferenciación, de mejora de servicios y de mejora de resultados. Para ello debemos conocer qué quiere nuestro paciente. Esta atención individualizada deriva en la satisfacción de nuestros pacientes y por consiguiente en una mayor fidelización de éstos, garantizando la mejora de los resultados a todos los niveles.

Competencia entre mensajes. A nivel de marketing, las empresas nos encontramos con una competitividad brutal a la hora de lanzar nuestros mensajes. Desde mi punto de vista, esto nos tiene que hacer mejorar en nuestras estrategias mejorando tanto el fondo como la forma de nuestros mensajes.

¿Llegará a desbordarnos la información? Sí, y ya tiene un nombre INFOXICACIÓN.

DIRECTORA DE AVANT COMUNICACIÓN
PARA CONTACTAR: MARTAIRANZO@ME.COM



Gestión



La influencia de la geografía en la salud

CLARA GRAU CORRAL



Cuando hablamos del conocimiento que aportan los datos en materia de salud, no podemos obviar su enfoque desde un punto de vista geográfico. Esta nueva perspectiva puede llegar a sorprender en la magnitud, entendida desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo, de la información que aporta.

tativo, de la información que aporta.

La información georeferenciada

Es evidente que estamos ante un uso creciente de técnicas para la caracterización de territorios e identificación de zonas de riesgo sanitario. El objetivo es buscar patrones potencialmente útiles para facilitar el diseño de estrategias adaptadas a cada área de salud en función de determinantes como desigualdades socioeconómicas, eventos epidemiológicos, focos de contaminación ambiental o factores de riesgo.

Estos patrones identifican la distribución espacial de eventos, como los factores de riesgo o la aparición de los primeros casos de determinadas enfermedades recurrentes. Para ello se nutre de indicadores epidemiológicos, ambientales, demográficos, sociales y económicos.

La información derivada de estos patrones ayuda a la adecuación de planes de vigilancia y da soporte a la toma de decisiones para implementar actividades de atención, promoción de la salud y prevención de enfermedades, en definitiva, a la implementación territorial de acciones de salud pública, de ámbito local, regional, nacional o internacional.

Los Sistemas de Información Geográfica SIG (o GIS en su acrónimo en inglés) son ampliamente utilizados para estudios de la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo de la población en un lugar y tiempo determinado. El reto consiste en aumentar la investigación en este campo y potenciar la utilidad de esta información sobre la incidencia de determinados factores en la salud para la toma de decisiones en la práctica médica.

Qué es un SIG

Las Tecnologías de la Información Geográfica conforman un amplio abanico de herramientas de análisis territorial, algunas de larga tradición como la Cartografía y otras de uso más reciente como los Sistemas de Información Geográfica (SIG), que se basan en la utilización de cartografías para el análisis de datos adicionales.

Un SIG es un *software* específico que permite la organización, almacenamiento, manipulación, análisis y modelización de datos vinculados a una referencia espacial del territorio. Esta información espacial está contenida en bases de datos cartográficos a los cuales se les asocia o vincula tablas con atributos que contienen información no espacial. El sistema facilita la visualización de los datos obtenidos en un mapa con el fin de reflejar y relacionar fenómenos geográficos de cualquier tipo. Por ello, cada vez más, la tecnología SIG se conforma como un valioso apoyo en la toma de decisiones donde la información espacial es relevante.

Existen *softwares* específicos orientados al sector salud como EpiMap, SiMap, HealthMapper desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o SIGEpi diseñado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). A nivel autonómico, Cataluña ha utilizado el *software* MiraMon para adecuar las bases del CatSalut y gestionar el territorio catalán a nivel sanitario creando el Mapa Sanitario de Cataluña.

Relación entre información geográfica y salud

Los SIG son capaces de gestionar, procesar y traducir en conocimiento los datos que nos proporcionan cada día multitud de soportes y fuentes. Este conocimiento es útil tanto a nivel científico, mediante la búsqueda de causas de enfermedades, como para la definición de políticas sociales y sanitarias efectivas.

El *Atlas de cáncer en España*¹ realizado por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III (ISCIII) es un destacado ejemplo de aplicación de los SIG.

Si pensáramos que el cáncer es una lotería, el análisis de la distribución espacio-temporal de las muertes registradas por esta enfermedad (1989-2008), presentado por el atlas, nos demuestra que hay muchos factores espaciales que favorecen y aumentan el riesgo de padecer-

lo. De hecho, existe una frase de moda entre los expertos en salud pública: “el código postal es más importante que el código genético”.

Aunque, sin duda, hay muchos otros factores de riesgo que influyen en la aparición de tumores malignos, parece ser que el riesgo de morir por cáncer es diferente según la zona de España donde se viva. Así se ha revelado en este trabajo donde se indica que el riesgo relativo de muerte por cáncer de estómago (Figura 1) es mayor en la zona noroeste de España, y que este efecto persiste, a pesar de su reducción, a nivel temporal. Esta distribución puede atribuirse, además de a otros posibles factores ambientales, a factores de riesgo como la mayor ingesta de ahumados y curados versus la de frutas y vegetales. Es importante destacar que en este tipo de mapas se habla de riesgo relativo que no absoluto, el cual sigue siendo bajo en cualquier área de España.

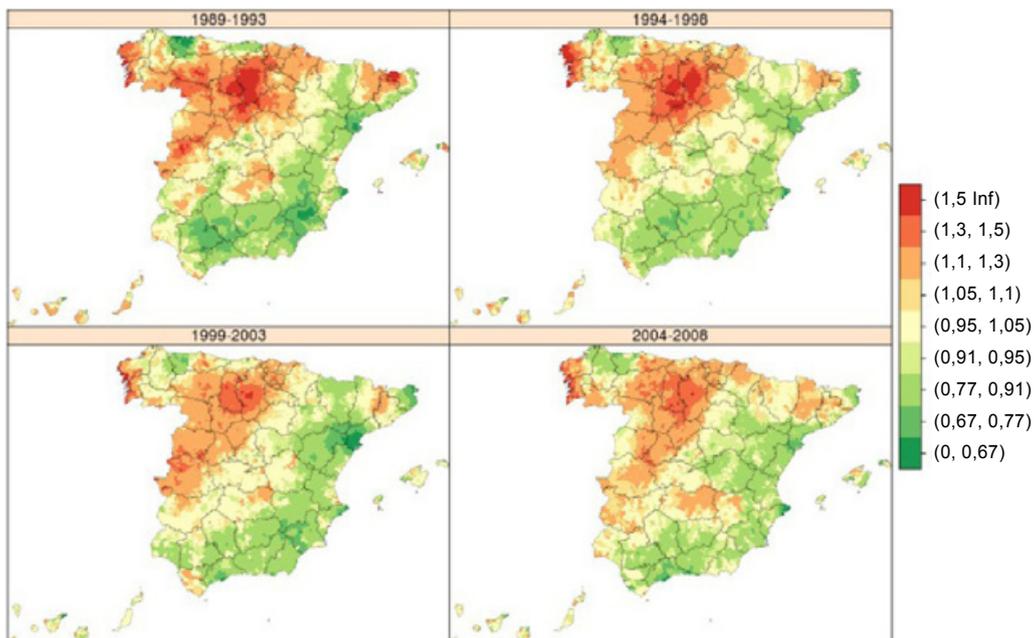


Fig 1. Distribución del riesgo relativo de cáncer de estómago en hombres en periodos de 5 años de 1989-2008.

El Atlas también revela que la esperanza de vida en mujeres muestra una distribución territorial que sigue un claro patrón geográfico norte-sur en los periodos de 1999 a 2001 (Figura 2). Mientras que las zonas con mayor esperanza de vida se sitúan en la parte central y norte del país, la menor esperanza de vida se da en zonas del sur de España. Así, la dis-

tribución espacial puede revelar diferencias en los factores de riesgo y contribuir claramente a establecer políticas preventivas o actuaciones específicas contra enfermedades que puedan analizarse con esta dimensión.

Si el cáncer muestra un patrón espacial muy claro, el riesgo cardiovascular puede analizar-

1. Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998. López-Abente G, Ramis R, Pollán M, Aragónés N, Pérez Gómez B, Gómze-Barroso D, Carrasco JM, Lope V, García-Pérez J, Boldo E, Gacia-Mendizabal MJ. Área de Epdemiología Ambiental y Cáncer del Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, año 2007.

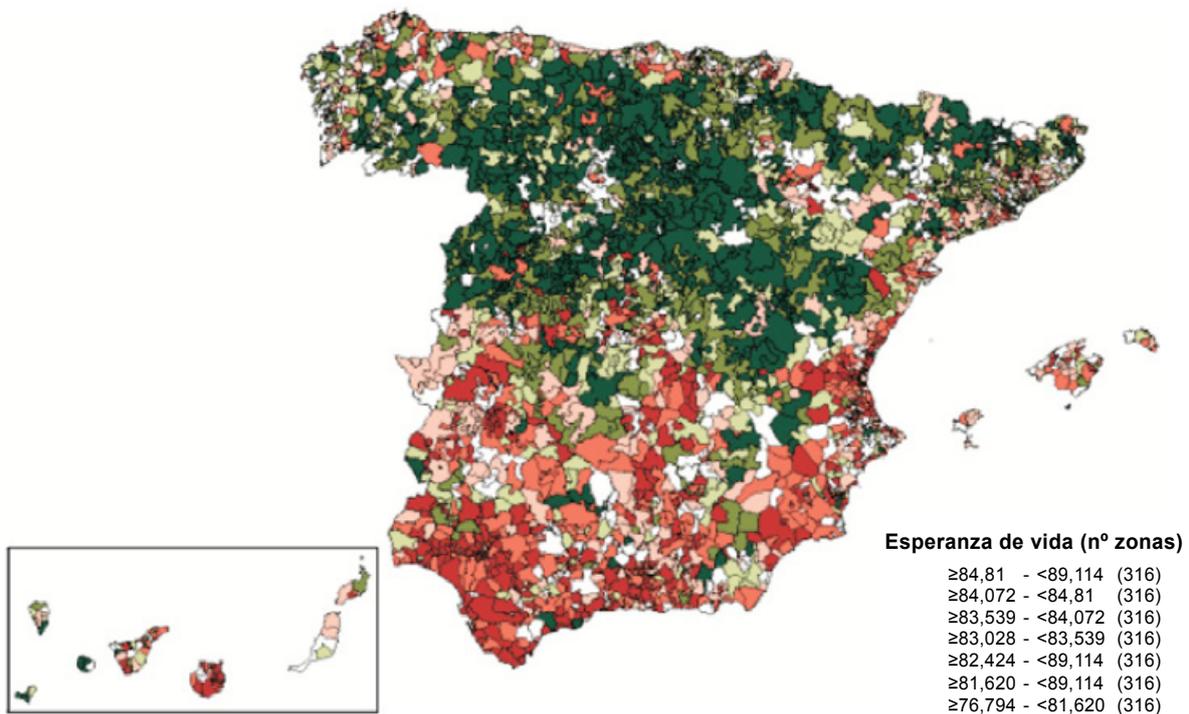


Fig 2. Esperanza de vida en mujeres de 1999-2001.

se desde este mismo punto de vista espacial. Proyectos como los llevados a cabo por TIGAT (Grupo de investigación en Tecnologías de la Información Geográfica y Análisis Territorial del Departamento de Geología, Geografía y Medio Ambiente de la Universidad de Alcalá), nos indican cómo factores de localización y accesibilidad a restaurantes de comida rápida y espacios verdes entre otros parámetros que evidencian la carga social y económica (inactividad, diabetes, tabaco, hipertensión, etcétera), pueden influir claramente en el riesgo cardiovascular.

Tendencias

Cada vez más se evidencia un mayor uso de técnicas para la caracterización de territorios y la identificación de zonas de riesgo, así como la búsqueda de patrones potencialmente útiles que faciliten el diseño de estrategias específicas para cada área de salud (desigualdades socioeconómicas, eventos epidemiológicos, focos de contaminación ambiental o factores de riesgo). Todos estos patrones proporcionan información para la toma de decisiones de macro gestión sanitaria.

Sin embargo, la búsqueda de estos patrones requiere de la implementación de herramientas avanzadas en los análisis de la información espacial, tales como la minería de datos. Avanzar en la combinación SIG y Minería de datos

o *Data Mining* nos permitirá explotar mejor la ingente cantidad de datos vinculados con la salud que existen, obtener el conocimiento necesario para una mejor gestión de los recursos y avanzar en el conocimiento científico sobre enfermedades.

CONCLUSIONES

Mientras los SIG ya hace tiempo que se aplican en ámbitos tan distintos como el político, social, económico, ambiental, científico o tecnológico, su aplicación en las áreas de salud y la epidemiología en particular aún es insuficiente. Sin embargo, se detecta que hay un interés en el desarrollo de aplicaciones espaciales orientadas a aspectos específicos en salud como se constata de los proyectos actualmente en marcha.

Una sugerencia en vigor es la monitorización de los cambios de distribución espacial de ciertos tipos de cánceres, de los que se tienen amplios y continuos registros, con el objeto de obtener información de posibles factores de riesgo asociados y tomar medidas preventivas.

CONSULTORA EN SALUD
PARA CONTACTAR: CLARAGRAUC@GMAIL.COM



El paciente de hoy

La enfermedad no se va de vacaciones

M^A DOLORES NAVARRO RUBIO



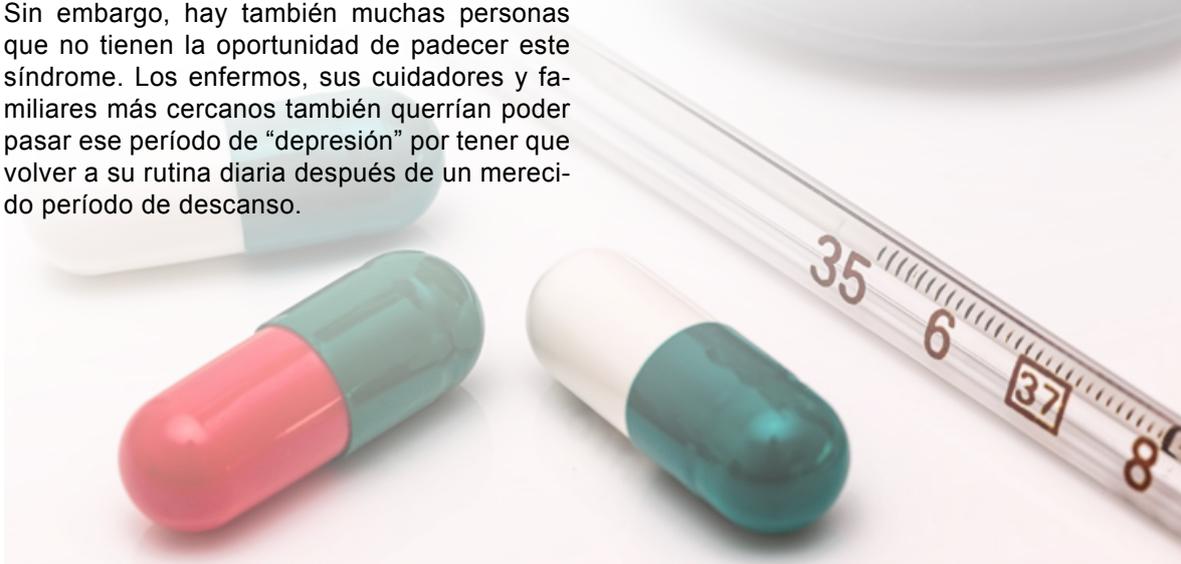
Y es que durante el verano, la enfermedad azota con más dureza si cabe. Si se entiende la salud como el estado de bienestar de la persona tanto físico como psíquico y social, el nivel de salud y calidad de vida de los pacientes durante las vacaciones se ve mermado precisamente por el factor psicoemotivo y social.

El paciente en verano puede sentirse más desamparado, cuando todos marchan, su día a día con la enfermedad continúa pero esta vez está aún más solo. Los pilares en los que sustenta su vida ya no están, se han ido de vacaciones: su médico se ha marchado unos días y si le pasa algo se lo tendrá que explicar todo de nuevo al suplente. Su enfermera tampoco estará, justo ahora que ya conocía toda su historia médica y que ya le había hecho varias curas.

Ya finalizado el mes de agosto, época en la que gran parte de las personas en España realizan sus vacaciones, es frecuente oír hablar del denominado síndrome postvacacional. Este síndrome se refiere al conjunto de signos y síntomas que padecen las personas después de su período de descanso, cuando se han de incorporar de nuevo a las rutinas diarias, entre ellos cansancio, falta de energía, apatía, dejadez, tristeza, incluso depresión.

Sin embargo, hay también muchas personas que no tienen la oportunidad de padecer este síndrome. Los enfermos, sus cuidadores y familiares más cercanos también querrían poder pasar ese período de "depresión" por tener que volver a su rutina diaria después de un merecido período de descanso.

Le da miedo ir al hospital en vacaciones, las plantillas de personal están reducidas y no sabe si entra, cuándo saldrá... Los familiares cercanos, los amigos, también están fuera. Necesitan unos días de descanso de sus trabajos y quehaceres diarios. No vendrán a visitarle hasta que regresen.





Parece como si todo se aletargase durante las vacaciones. Todo cerrado, todos ausentes. El mes de agosto aterroriza a los pacientes. Es entonces cuando la soledad, el miedo y la indefensión son más acuciantes.

EL PACIENTE EN VERANO PUEDE SENTIRSE MÁS DESAMPARADO, CUANDO TODOS MARCHAN, SU DÍA A DÍA CON LA ENFERMEDAD CONTINÚA PERO ESTA VEZ ESTÁ AÚN MÁS SOLO

Los planes de atención a la cronicidad y con ellos, los sistemas sanitarios y servicios sociales, han de tener en cuenta esta fase tan característica y necesaria del ser humano: los períodos de descanso. Han de contemplar así, esos momentos en los que el paciente se va a sentir más vulnerable, independientemente de su condición clínica, que son los períodos vacacionales de los demás, de sus profesionales, familiares y amigos y establecer un sistema de vigilancia al que el paciente pueda acudir en caso de necesidad.

La cronicidad se ha de afrontar de forma integral, entendiendo que el paciente crónico, como ser humano que es, es plural en sus face-

tas física, psicológica y social y que sus necesidades son también un conjunto, un todo que no puede tratarse de forma compartimentada. Servicios Sociales y servicios sanitarios han de ir de la mano. Y ésto ha de ser así en todo el territorio español, ha de ser igual para todos los enfermos, da igual el lugar en el que uno viva, los pacientes han de tener acceso a la tranquilidad en el período de vacaciones estivales.

Es tan sencillo como asignar un cuidador profesional, un número de teléfono, una dirección de correo electrónico a través de los que se pueda estar alerta de las necesidades que el paciente va a tener durante el verano y a los que pueda acudir, llamar o enviar un mensaje. Que se esté al tanto de sus necesidades y del proceso que está siguiendo su enfermedad. Informar al paciente y a sus familiares de que habrá una persona (o un equipo) encargada de su salud y de sus necesidades sociales durante las vacaciones, incluso conocerle antes, sería de enorme importancia para preservar su ya mermada calidad de vida. La tranquilidad de saber que alguien vela por tí es crucial en estos casos. Y es que, la enfermedad no se va de vacaciones.

*DIRECTORA DEL INSTITUTO ALBET J. JOVELL -
UNIVERSIDAD DE CATALUÑA (UIC)
PARA CONTACTAR: MDNAVARRO@UIC.ES*

Gestión de expectativas

JAIME PUENTE C.

Nos encontramos en un momento del año en el que convergen muchos acontecimientos que pueden marcar nuestro devenir personal, familiar, laboral, económico, político, sanitario, así como nuestras relaciones con nuestros amigos, compañeros de trabajo, profesionales con los que tenemos que tratar, vecinos y demás personas de nuestro entorno, incluido el conductor del autobús que cada mañana nos lleva al trabajo.

En la forma de afrontar esos acontecimientos siempre tiene una influencia relevante un elemento que con mucha frecuencia nos hace perder los papeles, nos genera desconfianza en los demás, nos irrita o nos engaña, y casi siempre nos lleva a pensar que si las cosas no salen como esperábamos es más por culpa de los otros que de uno mismo. Sí, señoras y señores, estoy hablando de las EXPECTATIVAS... las mías, por supuesto, y también las de los demás.

Una expectativa es, según el Diccionario de la RAE, la esperanza de realizar o conseguir algo, o, en una segunda acepción, la posibilidad razonable de que algo suceda.

Todos nosotros vivimos creándonos expectativas de lo que esperamos de la vida y, sobre todo, de nuestras relaciones con los demás. Las expectativas son personales e intransferibles, las de cada uno, claro, y tendemos a pensar que si las de los demás no coinciden con las mías es porque son ellos los que no están en lo cierto.

Cuando tenemos nuestras expectativas muy altas en relación con lo que esperamos de los otros y éstos no las cumplen, tendemos a pensar que les ha faltado esfuerzo, dedicación, actitud, trabajo..., sin pararnos a reflexionar cuáles son las expectativas que ellos tenían en relación consigo mismos y también en relación con nosotros.

Esta diferencia de expectativas se produce en todos los ámbitos de nuestras relaciones. Así,



por ejemplo, en el ámbito familiar, cuando llega el momento de elegir unos estudios para nuestros hijos, enseguida les decimos que si mejor ciencias o letras, que si esta carrera va mejor con tu perfil, que qué vas a ser y qué vas a hacer en el futuro, que cómo has sacado unas notas tan bajas si tu capacidad es mucho más alta (casi nunca al revés) ...Y casi siempre aparecen confrontadas nuestras expectativas sobre ellos con las suyas propias, que casi nunca nos detenemos a indagar, dando generalmente por hecho que lo que les pasa es que no se quieren esforzar lo suficiente.

Por seguir en el ámbito familiar, hace pocos días leí una noticia que refería que la tasa de separaciones y divorcios aumentaba después de las vacaciones de verano. Toda la familia desea intensamente que llegue esta época de descanso para desconectar del trabajo, de la casa, del colegio, de los respectivos deberes y obligaciones, todos con muchísimas expectativas... pero siendo las de cada uno diferentes de las de los demás. Cuando se enfrentan a la realidad vacacional muchas parejas se encuentran con que las expectativas de uno y otro son muy distintas y aparecen los conflictos, que se agravan con un período de convivencia más intensa, y terminan de la forma que he indicado al comienzo de este párrafo.

Por otro lado, la duración media de los matrimonios de las personas más jóvenes es inferior a cinco años, lo que nos lleva a plantearnos el por qué, que probablemente esté ligado a las expectativas que uno de los cónyuges tenía del otro y a la cuestión de hasta qué punto uno está dispuesto a renunciar a las expectativas propias en favor de las de los demás.

Se plantea también la cuestión de la expectativa de vida (la nuestra o la de un ser querido), la esperanza que tenemos en relación con los años que nos quedan por vivir y la calidad con que vamos a vivirlos, que es la expectativa que nosotros nos creamos, incluso aun conociendo los desenlaces fatales que tienen algunas enfermedades. Lo malo es que nuestra expectativa deseada no siempre coincide con la real, por lo que cuando el médico nos da una mala noticia sobre la esperanza de curación, no suele coincidir con la expectativa que nos habíamos creado. De lo mayor o menor que sea el desajuste de expectativas dependerá en gran medida cómo se gestione el proceso que debe afrontarse.

También en el mundo laboral la gestión de las expectativas es un elemento clave para conseguir resultados, dirigir un equipo, colaborar con los jefes y compañeros de trabajo... Resulta fundamental conocer las expectativas que los demás tienen sobre uno, y manifestar las que uno tiene sobre los demás, puesto que cuantas menos diferencias haya, mejores resultados se conseguirán.

LAS EXPECTATIVAS SON UN ELEMENTO CLAVE EN TODOS LOS ASPECTOS DE NUESTRA VIDA, POR LO QUE SABER IDENTIFICARLAS, SER CONSCIENTES DE QUE SON PERSONALES Y NO NECESARIAMENTE COINCIDENTES CON LAS DE LOS DEMÁS, Y SABER GESTIONAR ADECUADAMENTE ESAS DIFERENCIAS AYUDARÁ NOTABLEMENTE A MEJORAR NUESTRA VIDA Y NUESTRAS RELACIONES

Lo mismo sucede en el ámbito de la política, especialmente en un momento como el actual, cuanto menos nuevo y distinto por las diferentes opciones políticas que se nos ofrecen, ya que a los partidos tradicionales se han unido otros partidos emergentes. En este ámbito deberíamos preguntarnos qué expectativas tienen los políticos de los ciudadanos, y, sobre todo, qué expectativas tienen los ciudadanos de los políticos. Aquí más bien parece que, mientras los ciudadanos "tienen expectativas", en el sentido antes expuesto de esperanza o posibilidad de conseguir algo, los políticos "están a la expectativa", y no actúan ni toman decisiones hasta ver lo que sucede. Cualquier análisis de los hechos que han venido aconteciendo tras las dos últimas elecciones generales en nuestro país ilustran con ejemplos claros lo que estoy diciendo.





En definitiva, las expectativas son un elemento clave en todos los aspectos de nuestra vida, por lo que saber identificarlas, ser conscientes de que son personales y no necesariamente coincidentes con las de los demás, y saber gestionar adecuadamente esas diferencias ayudará notablemente a mejorar nuestra vida y nuestras relaciones. Superar las expectativas supone obtener un resultado superior a lo esperado, lo que suele ser bastante satisfactorio. Quedarse por debajo de nuestras expectativas (y no olvidemos que son sólo nuestras) genera angustia, desconfianza, mal humor, incluso enfermedades.

Gestionar bien las expectativas exige conocer, con el mayor detalle posible, qué esperan los demás de nosotros y manifestar lo que nosotros esperamos de los demás, para así poder adaptarnos lo más posible. Cuanto más próximas estén las expectativas recíprocas, cuanto más se hayan detallado y evidenciado, mejores serán los resultados para ambas partes. Expectativas muy distantes producen generalmente resultados insatisfactorios y estados emocionales muy negativos.

E implica también, si queremos eludir conflictos, ser un buen negociador. Recuerdo que hace años asistí a un programa sobre negociación que patrocinaba la Universidad de Harvard en el que se enseñaba que una de las claves en estos procesos era conseguir que ambas partes llegaran al mejor acuerdo, en el que teó-

ricamente ambas partes ganaban. Esa era la realidad teórica; en la práctica, una vez obtenido el acuerdo, cada una de las partes pensaba que era él el que había ganado en realidad, desconociendo que el otro pensaba de igual manera. El mejor acuerdo es cuando uno piensa que ha ganado más que el otro (y ha visto satisfechas sus expectativas)... y la otra parte piensa lo mismo.

Para concluir con el tema de las expectativas... al subir hace unos días temprano al autobús tenía la expectativa de que el conductor, como todas las mañanas, me sonriera y me respondiera con voz alta y clara "Buenos días, caballero". Pero no fue así. Yo le di los "Buenos días" sonriente y él, gesticulando de lado y sin mirarme, emitió un ruido a medio camino entre palabras y gruñido, que hundió mis expectativas y mi estado de ánimo. Cuatro paradas después un joven con síndrome de Down subió al autobús y dijo un "Buenos días" que retumbó hasta en los oídos de las personas que llevaban acoplados auriculares. Un griterío al unísono le respondió "¡¡Buenos días!!".

C. LEVEL ADVISOR. EXECUTIVE COACH. MIEMBRO DE EXPERT COUNCIL.

PARA CONTACTAR: JAIMEPUENTEC@GMAIL.COM

Cuando se hace bien, hay que reconocerlo



Cada vez
son más

Abierto el plazo 3ª convocatoria
Información y autoevaluación en la web.

Ya están disponibles los resultados de la
II Convocatoria de la Acreditación QH.
Se siguen sumando organizaciones sanitarias
reconocidas por su nivel de Excelencia en
Calidad Asistencial. Conózcalas:

www.acreditacionqh.com

La Acreditación QH reconoce a las organizaciones sanitarias:

- * Que se preocupan de forma extraordinaria por la calidad en la atención a sus pacientes.
- * Que se esfuerzan en implantar un sistema de calidad progresivo y continuado en el tiempo.
- * Que gestionan adecuadamente sus procesos y disponen de certificaciones oficiales que lo avalan.

El Nuevo Mapa Sanitario

Francisco del Busto de Prado,
Consejero de Sanidad de Asturias

"Los sistemas sanitarios universales, con propiedad y gestión públicas son más eficientes, equitativos y humanos"



Con una amplia experiencia en gestión, Francisco del Busto llegó a la Consejería de Sanidad de Asturias con el propósito de recuperar los derechos perdidos de los ciudadanos, además de conseguir la suficiencia financiera y el presupuesto real adecuado a las necesidades de la población. Desde que dio comienzo su legislatura ya ha hecho un importante esfuerzo de diálogo en dos líneas: con la ciudadanía y los profesionales, imprescindibles para la toma de decisiones del sistema sanitario asturiano.

Usted ya había ocupado altos cargos en la Consejería de Sanidad de Asturias, ¿en qué ha cambiado su vuelta a este departamento, ahora como máximo responsable de la salud de los asturianos?

Estamos en una situación completamente nueva y que viene muy determinada por algunas cuestiones que en buena medida son independientes del Gobierno del Principado pero que tienen un importante peso sobre la sanidad pública:

Por un lado, y para mí es lo más preocupante, está la pérdida de derechos de los ciudadanos

introducidos por el Ejecutivo de Rajoy que ha pasado de considerar la Sanidad como una prestación vinculada a cotizaciones sociales y no como un derecho de ciudadanía. Además ha dejado sin atención sanitaria a una parte importante de la población y ha introducido copagos injustos que gravan la enfermedad, que es casi lo mismo que gravar a las personas con menos recursos porque sabemos que existe un estrecho vínculo entre envejecimiento, pobreza y enfermedad.

También está la pérdida de valor del Consejo Interterritorial del SNS que en la última legislatura se utilizó como un rodillo en el que el PP ha puesto en marcha algunas de esas medidas y

la necesidad de gestionar una Sanidad que sin haber alcanzado la suficiencia económica ha tenido cada vez menos recursos con los efectos negativos que éste ha tenido sobre los ciudadanos y sobre los profesionales, si bien en Asturias hemos hecho un importante esfuerzo para que esto no fuera así y hemos mantenido todo el empleo estructural, todos los centros asistenciales, todas las prestaciones y en este periodo de crisis hemos abierto dos hospitales, hemos puesto en marcha un instituto de investigación sanitaria, hemos seguido incorporando tecnología y mejorando nuestra red asistencial, y estamos a punto de iniciar la reforma del segundo hospital de Asturias por nivel de complejidad y tamaño de la población atendida.

A esto se ha unido últimamente un momento de inestabilidad política y de bloqueo que, por ejemplo, nos ha impedido contar para este 2016 con el presupuesto que la sanidad asturiana necesita.

¿Qué cambios ha realizado desde que comenzó su mandato el pasado año? ¿A qué retos se ha enfrentado y se enfrenta?

Hemos comenzado la legislatura haciendo un importante esfuerzo de diálogo en dos líneas. En primer lugar con la ciudadanía, activando los mecanismos de participación ciudadana como los consejos de salud y la comisión de listas de espera, un órgano que hemos creado en el Servicio de Salud para transparentar aún más la gestión de nuestras esperas y dotarnos de nuevas iniciativas de gestión.

Con los profesionales y con los representantes de los trabajadores estamos haciendo un esfuerzo de relación porque entendemos que en una empresa de conocimiento como la nuestra es el elemento esencial del sistema.

Este diálogo con los profesionales nos está produciendo una alta satisfacción sobre todo porque estamos siendo capaces de alcanzar acuerdos (SUAP, SAC, mejora en el descanso de la salida de la guardia en Primaria, apoyo a la enfermería en sobre el Decreto de dispensación de enfermería, acuerdo con los radiólogos para dar un servicio de más calidad, éxito del concurso de traslados, OPE).

También estamos realizando un esfuerzo importante en la estabilidad y mejora de las condiciones de trabajo con el objetivo de ofrecer

una prestación sanitaria de equidad al conjunto de la población. Podemos decir ya que en este periodo de tiempo, Asturias tiene más profesionales fijos en plantilla que hace un año, tenemos ya aprobada una ambiciosa Oferta Pública de Empleo, hemos incorporado a nuestra Sanidad a un centenar de profesionales altamente cualificados de fuera de nuestra región que nos permite llevar la atención sanitaria de determinadas especialidades a puntos de la región en los que éramos deficitarios y estamos a punto de cerrar un pacto con los sindicatos para crear bolsas de empleo, también para las especialidades médicas como un instrumento de transparencia y equidad en la gestión.

También hemos introducido mejoras e incorporación de tecnología en los hospitales, nuevos servicios de hemodiálisis y dispositivos de salud mental. Por último, como les decía, estamos a punto de licitar la primera fase del Plan de reforma y ampliación del Hospital de Cabueñes.

Tenemos claro que la atención a los ciudadanos es nuestro objetivo número uno y por eso estamos mejorando la gestión de nuestras listas de espera, ampliando los horarios de servicio y mejorando la atención que prestamos en radiología, con menos demoras, incrementamos servicios (hemodiálisis, cribado de cáncer de colon, Hospital de Día Oncohematológico de Cabueñes) y estamos consolidado prestaciones en las que hemos sido pioneros como son la teleoftalmología que ya hemos implantado en todas las áreas sanitarias, o incorporando otras nuevas progresivamente como la teledermatología, y la ecografía en atención primaria.

Además, conscientes del reto que supone la incorporación de tecnología a la Sanidad, hemos creado una oficina de evaluación de las tecnologías sanitarias para favorecer el uso más eficiente de todos los recursos humanos y asistenciales del Servicio de Salud del Principado de Asturias, además de fomentar las mejores tecnologías sanitarias y favorecer el abandono de las menos seguras.

También en esta línea de llevar las prestaciones a los ciudadanos hemos alcanzado un acuerdo con las farmacias para que puedan hacer la prueba rápida del VIH-SIDA y hemos conseguido un pacto con los profesionales para atender aquellos servicios con poca dotación de personal y para los que no hay profesionales en bolsas de empleo.

La seguridad del paciente es para nosotros una línea de trabajo muy importante y por eso es-

tamos desarrollando una estrategia que servirá como guía de referencia a nuestros profesionales para la práctica clínica.

Y la eficiencia resulta esencial para conseguir un sistema sanitario menos sometido a tensiones financieras. En esa línea creo que podemos destacar el trabajo de la Comisión de Uso Racional del Medicamento que está siendo una herramienta fundamental de eficiencia, de seguridad del paciente y de la calidad de la prestación, sobre todo en la incorporación de fármacos tumorales de última generación.

Tenemos el firme propósito de conseguir la suficiencia financiera y el presupuesto real adecuado a las necesidades de la población que este año no ha sido posible por el bloqueo de la oposición y seguir ofreciendo a la ciudadanía una sanidad pública apreciada por sus usuarios y valorada entre las mejores del país.

¿Cómo afronta la Sanidad de Asturias el tema de la humanización, tan de moda en comunidades tales como Madrid o Castilla-la Mancha?

Mire. Si tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del país según la valoración de los usuarios creo que en buena medida es por tres razones: la accesibilidad de nuestros servicios, la calidad de nuestras instalaciones y, lo que desde nuestro punto de vista es más importante, la calidad asistencial y esto se mide en tres líneas: dar a las personas los cuidados y tratamientos que necesitan, hacerlo con los máximos estándares de seguridad y hacerlo además con calidez.

Es un tema en el que creo que estamos a un buen nivel aunque, como en todo, siempre se puede hacer más.

Cualquiera que conozca los dos nuevos hospitales de nuestra red pública puede comprobar que destacan por su funcionalidad y la confortabilidad que se consigue para pacientes y profesionales. Les invito a conocer por ejemplo las UCIS del HUCA, que facilitan el acompañamiento de los familiares durante la estancia, en el caso de la UCI pediátrica, durante todo el día, o que incluye servicios como los de musicoterapia para los pacientes; o el área de maternidad del Hospital Álvarez Buylla que tiene un mobiliario diseñado especialmente para su función en el que cada pieza se ha pensado

desde el punto de vista de la comodidad de los profesionales, pero también de los recién nacidos y de sus progenitores.

Estos dos nuevos hospitales, con una gestión dinámica de camas que nos permite mejorar la oferta de habitaciones individuales a veces hasta un 40 por ciento del total de la demanda, reúnen buena parte del estándar de calidad que nos hemos propuesto extender al conjunto de la red asistencial y son los baremos que tendremos en mente cuando pongamos en marcha la inminente reforma del Hospital del Principado por tamaño y complejidad como es el de Cabueñes y cada vez que realizamos mejoras en el resto de nuestros centros.

Además, donde es preciso, estamos acondicionando nuestros centros sanitarios para mejorar la intimidad de los pacientes y favorecer la práctica clínica, tenemos actividades de animación, docentes y de acompañamiento para niños ingresados, fundamentalmente, pero también para adultos, en colaboración con diversas entidades.

Pero más importante aún que el continente es el contenido. Para mejorar toda la experiencia de la atención sanitaria hemos creado recientemente un servicio de Atención al Ciudadano que hemos puesto en marcha en todas las áreas sanitarias, tienen entre sus cometidos esenciales mejorar la información sobre el funcionamiento de los servicios asistenciales y facilitar el correcto acceso a las prestaciones.

Como ven, el fortalecimiento, la transparencia y la calidad de las relaciones entre los ciudadanos y el Sespa es uno de los compromisos del Gobierno del Principado desde el inicio de la legislatura.

Este Servicio de Atención al Ciudadano funciona como una oficina única aglutinando las funciones de servicios y unidades ya existentes, como los de atención al paciente y admisión y gestión de citas con lo que se consigue simplificar el acceso a la información.

Su propósito es el de garantizar un acceso a la atención sanitaria de los usuarios basada en criterios de equidad, calidad y eficiencia, el jefe del Servicio de Atención al Ciudadano mediará para que el acceso de los pacientes a prestaciones tales como consultas, pruebas diagnósticas, tratamientos, cirugía, urgencias y hospitalización sea el correcto, ya sea de forma presencial, telefónica, telemática o postal.

Se responsabilizan, asimismo, de informar al ciudadano sobre los tiempos de demora que puedan afectarle y de facilitarle el acceso a su historia clínica, así como a su rectificación o cancelación.

También se ocupan de establecer planes de acogida a pacientes hospitalizados, proyectos de información a pacientes y acompañantes en los servicios de urgencias. Y de mejorar el acceso a determinadas prestaciones de Atención Especializada, de implantar protocolos y los programas de comunicación de malas noticias en los que estamos teniendo sensibles avances contando, por ejemplo, con el apoyo de organizaciones como la AECC para los pacientes de cáncer.

Nuestros centros favorecen la práctica de la lactancia materna y un parto normal o cuando no sea posible menos intervencionista que respete la evolución natural del embarazo, parto y nacimiento.

Contamos con comités de bioética en los centros e impulsamos una Sanidad que tiene en cuenta las preferencias de los pacientes y respeta sus opiniones sobre sus problemas de salud y las decisiones clínicas que les competen, que integra los cuidados de enfermería como una parte esencial del tratamiento y por eso los normalizamos en la HCE, algo en lo que estamos siendo pioneros en el país.

¿Se están incorporando o se van a incorporar nuevas infraestructuras sanitarias?

Por fortuna, Asturias afrontó la crisis con una buena red de centros públicos, bastante renovada y muy bien implantada en el territorio. También con dos hospitales a punto de concluirse y cuya apertura en plena crisis ha sido un enorme reto no solo para esta Administración sino para todos los asturianos que tuvieron que afrontar las incomodidades de un traslado que ha sido modélico pero que obligó a ralentizar la atención sanitaria en un periodo de tiempo.

Aún así, tenemos algunas necesidades de mejora y estamos abordando de cara a los próximos años un plan de renovación o de nueva construcción de esos centros de salud (muy pocos en comparación con los más de 200 dispositivos de Primaria con los que contamos) que como consecuencia de las restricciones que impuso la crisis se han visto demorados

en sus mejoras y no cumplen los estándares de calidad que nos hemos marcado en el Principado. Estamos trabajando duro, junto con los ayuntamientos asturianos, para poder renovar estos pocos centros que no están a la altura de las exigencias que nos imponemos en un periodo muy corto de tiempo (Pola de Lena, Turón, Sotroñido, Collanzo, Corvera).

Además, seguimos mejorando nuestra ya extensa red sanitaria y de servicios asistenciales. Y próximamente pondremos en marcha la primera fase de la ampliación y reforma del hospital de Cabueñes, un proyecto ambicioso que definirá cómo ha de ser la atención sanitaria en una de las comarcas más pobladas de Asturias de cara a los próximos 25 años.

Como ve, nos preocupan sobre todo los ciudadanos y estos demandan pequeñas instalaciones como consultorios locales de pequeñas dimensiones que en muchos casos son el único servicio público que llega con asiduidad a determinadas poblaciones y que por eso para nosotros son muy importantes como grandes equipamientos como los dos hospitales recién abiertos o la próxima reforma de Cabueñes.

¿Qué se está haciendo en el ámbito de la I+d+i?

Acabamos de poner en marcha la Fundación de Investigación Biosanitaria del Principado de Asturias (FINBA) y poco después hemos dado ya vida al instituto de investigación sanitaria del Principado.

FINBA es una fundación de capital mayoritariamente privado que tiene por finalidad la gestión de la investigación y la innovación biomédica vertebrada entorno al HUCA e instrumentada a través de un Instituto de Investigación Sanitaria en el que ya se integran, e integrarán en un futuro próximo, investigadores del propio hospital, la Universidad de Oviedo y otros centros de investigación (del CSIC, Prodintec, Itma, FIO, IMOMA) que permitan establecer canales de coordinación y cooperación, promoviendo espacios multidisciplinares de conocimiento que sumen valor a la investigación biomédica y favorezcan el retorno de la investigación hacia la actividad asistencial y hacia la empresa, impulsando la explotación de los derechos de propiedad que puedan surgir de los trabajos desarrollados por el Instituto y la creación de empresas de base biomédica o biotecnológica en el entorno del propio hospital.



Misión principal: realizar investigación traslacional de la máxima calidad, traduciendo los resultados de la investigación básica, clínica, epidemiológica, de servicios sanitarios y de salud pública al Sistema Nacional de Salud (SNS), al Sistema Español de Ciencia y Tecnología, al paciente y a la sociedad en general.

El HUCA es un hospital que aspira a la excelencia y cuenta con un entorno favorecedor de esta cultura investigadora, innovadora y emprendedora.

FINBA nace para dar respuesta a la necesidad de disponer de un órgano que se dedique específicamente a la gestión de este tipo de investigación nucleada en torno al HUCA, estableciendo un único modelo de gobernanza y una estrategia común, tal y como exige el Real Decreto 339/2004, de acreditación de institutos de investigación sanitaria. Cuenta con una clara ventaja competitiva y es la de haber sabido

incorporar al sector empresarial de la Región, favoreciendo la captación de recursos a un proyecto estratégico del que se esperan retornos a corto y medio plazo, retornos que se harán ver en el ámbito asistencial pero también en el económico, a través de la apuesta por la innovación y el emprendimiento.

El Instituto aportará conocimiento, aportará a Asturias una nueva forma de organizar la investigación, más integradora y un espacio común público privado, participado por todas las instituciones científicas de la región que tienen algo que aportar a la biomedicina. Nucleado entorno al HUCA, un espacio ya de por sí proclive a la innovación, la creación y la disrupción propia del avance científico.

El Instituto, y FINBA como la figura que le da forma jurídica, establecen un nuevo modelo de gobernanza compartido con un fin común: la búsqueda de la excelencia en el tratamiento

y prevención de enfermedades y en la mejora de la salud y calidad de vida de la población y la promoción del talento, la innovación y el emprendimiento en el sector biomédico y biotecnológico.

El Instituto aspira a integrar grupos de investigación de los Institutos tecnológicos del CSIC en Asturias (INCAR, CINN), dos centros privados con actividad investigadora en el campo de la Oncología (IMOMA) y la Oftalmología (Fundación de Investigación en Oftalmología-Instituto Fernández-Vega) y de ITMA PRODINTEC, potenciando que pudieran ser de carácter más tecnológico y empresarial. Posteriormente a la constitución del Instituto, se iniciarán los trámites para su acreditación por el Instituto Nacional de la Salud Carlos III, en los términos previstos por el Real Decreto 339/2004, sobre acreditación de institutos de investigación sanitaria.

El futuro Instituto se articulará en torno a cinco grandes áreas: cáncer y envejecimiento, biopatología de sistemas, neurociencias, inmunología y terapia celular, nanomedicina y nanotecnología, actuando como carta de navegación el Plan Estratégico que deberá abordar los objetivos, fines, recursos y líneas que definan la razón de ser del Instituto y pongan sobre el papel las ventajas competitivas potenciales sobre los ya existentes en otras regiones, tanto nacionales como europeas.

¿En qué estado se encuentran las listas de espera?

Creo que mejoran de acuerdo con lo previsto. Podemos constatar ya una significativa disminución de las listas de espera. Algunos ejemplos: en números globales tenemos menos pacientes en lista de espera. En septiembre de 2015 teníamos 19.800 pacientes pendientes de una operación. En julio de este año teníamos ya 17.145, cerca de 2700 menos.

También hemos reducido la demora media que era de 89 días y ahora es de 65 y tenemos menos pacientes que esperan más de seis meses para ser intervenidos. Pasamos de 1.376 a 181, 1.195 menos.

Siempre hemos defendido que Asturias tiene una de las mejores listas de espera del país y la comparación con las listas de espera nacionales así lo ponen de manifiesto... Sigo con datos:

Los asturianos en lista de espera para una intervención quirúrgica consiguen operarse 22 días antes que la media del conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). El tiempo medio de espera para una operación en Asturias es más bajo en todas las especialidades.

Asturias es, por otra parte, la Comunidad Autónoma más transparente en relación con las listas de espera que publica mensualmente en el portal de transparencia y en la web del Principado.

Y todo esto lo estamos logrando fundamentalmente con nuestros medios públicos y de la red concertada sin ánimo de lucro, sin recurrir a programas especiales, planes de choque o incrementar sustancialmente las derivaciones fuera de la sanidad pública.

¿Cómo aborda la colaboración público-privada como modelo de gestión en la Sanidad asturiana?

Estamos convencidos de que los sistemas sanitarios universales, con propiedad y gestión públicas, basados en la Atención Primaria y una elevada calidad de prestaciones, no sólo ofrecen mejores resultados de salud sino que también son más eficientes, equitativos y humanos.

En Asturias tenemos desde hace tiempo un mix aceptable de sanidad pública y privada sin ánimo de lucro que está dando buenos resultados.

Nuestra red de hospitales públicos se complementa con otros centros asistenciales pertenecientes a fundaciones sin ánimo de lucro que son muy importantes para nuestro sistema y que existen gracias a que el Principado decidió en su día integrarlos en la red pública para garantizar su viabilidad empresarial y el mantenimiento de su empleo.

Además, tenemos una buena colaboración con los proveedores privados de servicios sanitarios, pero diferentes de la esencia de nuestra actividad que es el cuidado de la salud de las personas. Me estoy refiriendo a socios tecnológicos, proveedores de gases medicinales, transporte sanitario...

Tenemos un sistema que es el que mejor responde a las principales demandas de salud de la población y a las necesidades de nuestros pacientes y que está preparado para resolver mediante la gestión eficaz verdaderos proble-

mas sanitarios y de salud pública o incluso para abordar problemas complejos de financiación como fue asumir el pago de los costosísimos tratamientos del VIH, la adquisición de tecnología sanitaria de vanguardia, o de los tratamientos oncológicos más avanzados.

Para que esto siga siendo posible abogamos por modelos de riesgo compartido de verdad, en los que el precio de pago se ajuste a la eficacia real del fármaco medio en términos individuales, pero también poblacionales. Estas u otras alternativas que se están estudiando ya en países de nuestro entorno me parecen esenciales para la viabilidad de nuestro sistema.

La financiación sanitaria en un sistema público como el nuestro tiene un techo: la cantidad de dinero que los ciudadanos están dispuestos a aportar para sufragarla mediante sus impuestos. Eso nos compromete a todos, a nosotros como gobierno; pero también a los prescriptores y a la industria.

La incorporación de la innovación a los sistemas sanitarios es una de las claves de la Sanidad del futuro porque, efectivamente, se debe pagar esa innovación pero posiblemente debamos financiarla solo cuando efectivamente lo sea, no cuando se trate de meros recursos comerciales. Creo que todos debemos recapacitar acerca de ello porque, insisto, queremos seguir ofreciendo el mejor arsenal terapéutico posible a nuestros pacientes y los fármacos biológicos forman ya una parte esencial del mismo. No hacerlo, sería una grave injusticia y una tremenda irresponsabilidad.

¿Qué piensa sobre la profesionalización de la gestión sanitaria? ¿Cree que así se evitarían los nombramientos a dedo?

Nosotros abogamos por la profesionalización de la gestión pública y para conseguirlo creemos que es preciso desarrollar una estrategia de formación orientada a la profesionalización de la gestión con un sistema de provisión a los cargos basado en los criterios de igualdad, mérito, capacidad y de idoneidad. Esto es lo que dice la legislación vigente que especifica además que se llevará a cabo mediante procedimientos que garanticen la publicidad y concurrencia y este es el camino que hemos elegido para escoger a nuestros gestores y es el que estamos desarrollando para la gerencia del área IV.

La sanidad pública precisa de un grupo de directivos, bien dimensionado que se encargue de gestionar de forma correcta unos presu-

puestos y unos recursos técnicos y de personal enormemente complejos, entre los más complicados de las organizaciones profesionales.

Un departamento como es el Servicio de Salud que ejecuta casi el 40 por ciento del gasto del Principado no puede depender del voluntarismo, la buena intención y la profesionalidad de personas que pierden dinero cuando se dedican a gestionar la Sanidad, trabajan más horas y soportan importantes presiones. Necesitamos contar con los mejores y creo que aquí, en el conjunto del país, nos hemos equivocado. En alguna medida hemos fracasado en la formación de un grupo de gestores sanitarios y de servicios. Esta actividad ha dejado de ser un atractivo para los buenos profesionales, con el riesgo que esto supone de descapitalizar y empobrecer el sistema.

¿Qué nos puede contar sobre las próximas oposiciones sanitarias?

Acabamos de aprobar una oferta pública de empleo para este año con un total de 774 plazas, de las que 522 serán para el turno libre, por lo que podrán concurrir todas las personas que cumplan los requisitos que se establecen las bases de la convocatoria. El resto, 252, serán de promoción interna.

La mayor parte de las plazas, 353, serán para médicos; 174 para auxiliares de clínica, 153 para celadores, 66 para auxiliares administrativos, 15 para cocineros y 13 para matronas.

Para calcular el número de plazas y el grupo profesional, la Consejería ha tenido en cuenta las necesidades de estabilizar determinados grupos y perfiles profesionales necesarios para mejorar la plantilla del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) en determinadas áreas, así como la conveniencia de ofertar puestos que no se habían desarrollado en convocatorias anteriores, como ocurre con celadores y auxiliares de clínica.

Esta oferta no incluye puestos de enfermería porque la última llevada a cabo para estos profesionales finalizó hace un año con la incorporación al Sespa de 472 profesionales.

Esta convocatoria cumple un doble compromiso: ponemos en marcha una de las mayores ofertas de empleo público desarrolladas en la sanidad asturiana y lo hacemos, además, con el compromiso de incluir aquellas categorías profesionales que quedaron relegadas en convocatorias anteriores, como los auxiliares de clínica y los celadores.



Se trata de una oferta ambiciosa para consolidar el empleo sanitario en el Principado y apurar los límites que impone el Gobierno de Mariano Rajoy por la tasa de reposición.

La voluntad del Gobierno de Asturias es dar continuidad a la ofertas de empleo público y a los concursos de traslados, porque son mecanismos que inciden en la estabilidad laboral y en la satisfacción de los profesionales, algo que, a su juicio, siempre tiene efectos positivos sobre la calidad de la sanidad asturiana.

¿En qué estado se encuentra la integración de la medicina especializada y la primaria?

Asturias ha tenido siempre desde hace muchos años la gerencia única en las áreas sanitarias I y II, y la legislatura anterior fusionó el área VI pero casi no tuvieron tiempo. En esta legislatura se fusionaron las áreas sanitarias, se constituyeron como primaria y hospitalaria, y a nosotros nos tocó integrar los servicios comunes. Estamos trabajando una línea de fusión de servicios, de trabajo conjunto, fundamentalmente con las sociedades de Atención Primaria.

¿Es cierto que Asturias ha reducido sus 8 áreas clínicas a 4?

Asturias es una Comunidad Autónoma con 1.000.000 de habitantes con 8 áreas sanitarias, nosotros en este momento hemos cerrado un acuerdo con la Universidad de Vigo para que haya 3 hospitales universitarios. En este momento tenemos 3 grandes hospitales y 3 pequeños hospitales, y además tenemos 2 hospitales muy buenos. Entendemos que la mejor forma de trabajar es con mayor volumen y con profesionales que aparte de que estén comprometidos, que el área sanitaria sea mayor, con lo cual pueden compartir más experiencia, compartir más pacientes, mejorar en su capacidad de progreso, en su capacidad de trabajo...y por ello lo que estamos elaborando una Ley de Salud y Servicios Sanitarios, en la que no queremos disminuir ni las áreas de servicio, ni los hospitales. De momento no se han reducido las áreas clínicas.

¿Se plantean desarrollar una central de compras?

Queremos desarrollar clarísimamente una central de compras, estamos trabajando muy intensamente en este tema. Prácticamente hemos crecido un 100 por cien en menos de un año en esta materia.

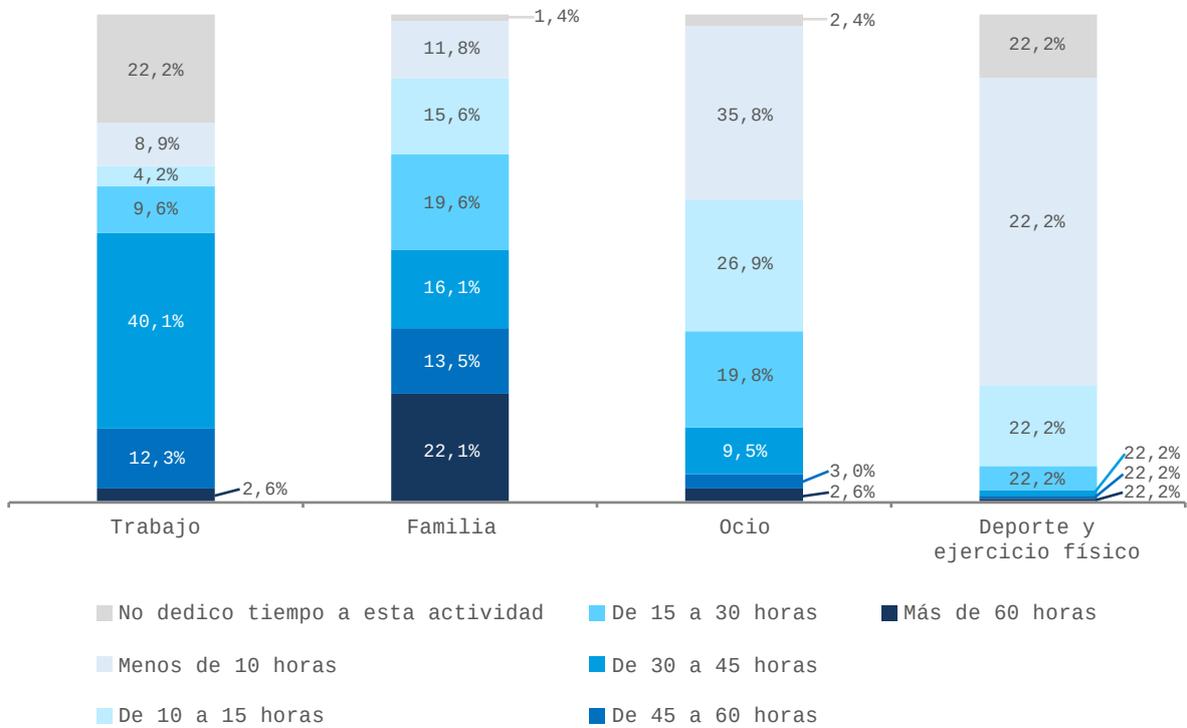


Impacto del tiempo en el cuidado de la salud de los españoles

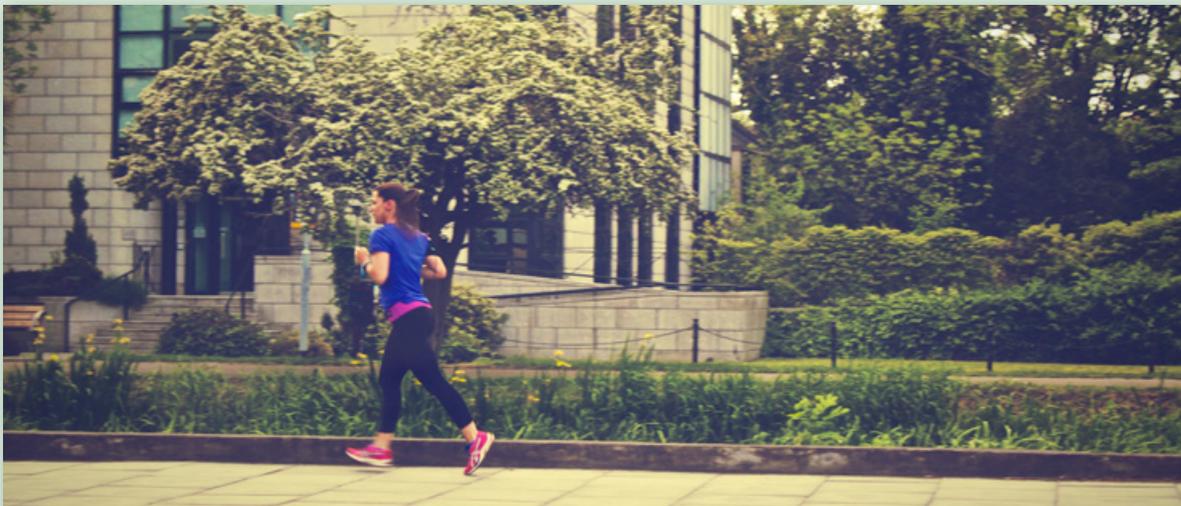
La falta de tiempo es un factor fundamental en el cuidado de la salud en España. Así se desprende del “Estudio Sanitas sobre el impacto de la gestión del tiempo en el cuidado de la salud en España” realizado en colaboración con la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), donde se ha preguntado a 1.401 españoles sobre la dedicación en el cuidado de su salud.

Reparto del tiempo de los españoles

¿Cuánto tiempo dedicas semanalmente a cada uno de los siguientes aspectos?

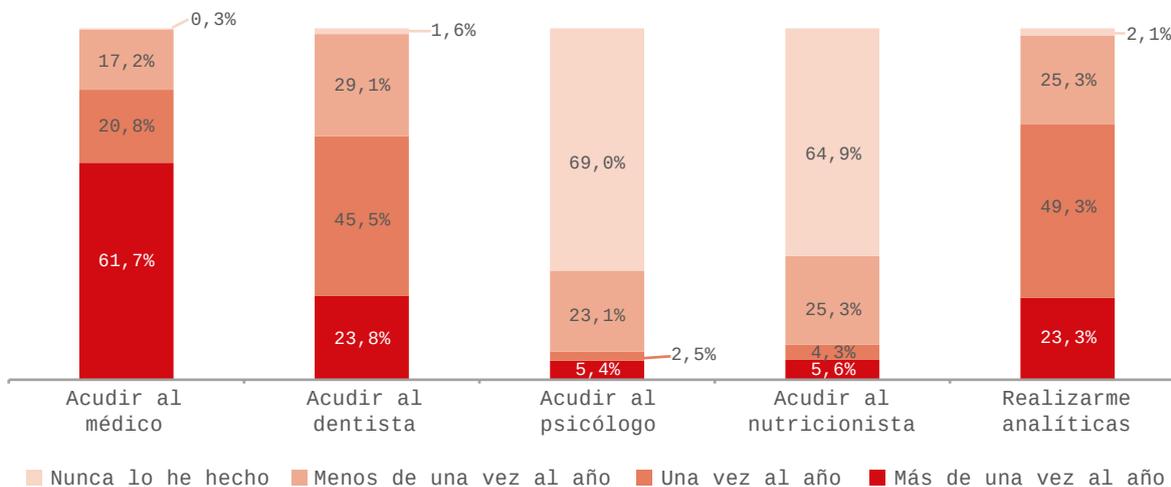


- Es destacable que la gran mayoría de encuestados (el 63,2%) dedique al deporte y el ejercicio físico menos de 10 horas a la semana, mientras que el 13% asegura no dedicar tiempo a esta actividad.
- Como cabría esperar, los españoles dedican la mayor cantidad de tiempo semanal al trabajo: más del 40% dedica entre 30 y 45 horas semanales a esta actividad, mientras que el 14,9% le dedica más del 45 horas semanales.
- La familia es también una prioridad para los españoles encuestados: más de la mitad le dedica al menos 30 horas semanales.



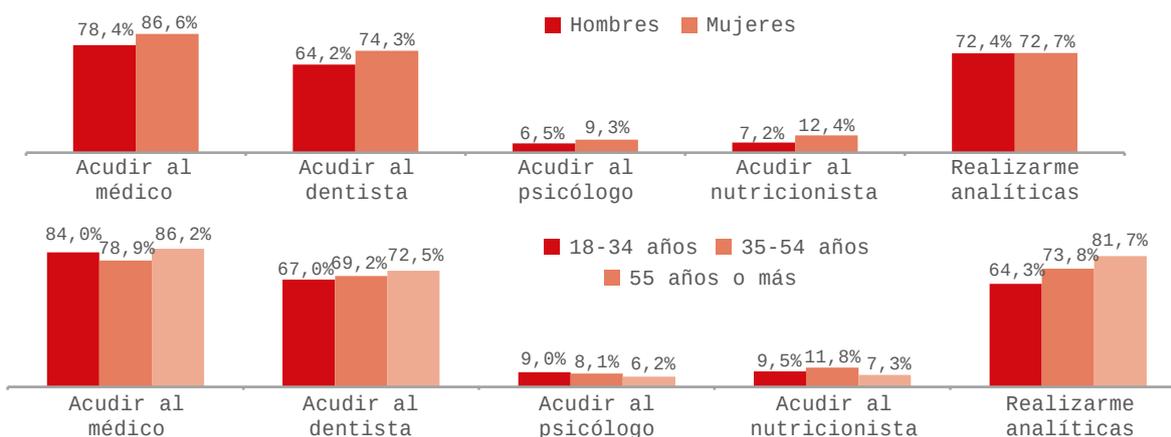
Frecuencia de visita a profesionales de la salud

¿Cuánto tiempo dedicas semanalmente a cada uno de los siguientes aspectos?



- La mayoría de españoles (el 61,7%) acude al médico en más de una ocasión al año, mientras que el 17,2% afirma visitarlo menos de una vez anualmente.
- El resto de especialistas médicos son visitados con menor frecuencia, siendo lo más habitual acudir al dentista (el 45,5% lo visita una vez al año) o realizarse analíticas periódicas (casi la mitad se las realiza una vez al año).
- La visita al psicólogo o el nutricionista son mucho menos frecuentes: una amplia mayoría (en torno al 65%) asegura que nunca ha acudido a ninguno de estos especialistas médicos.

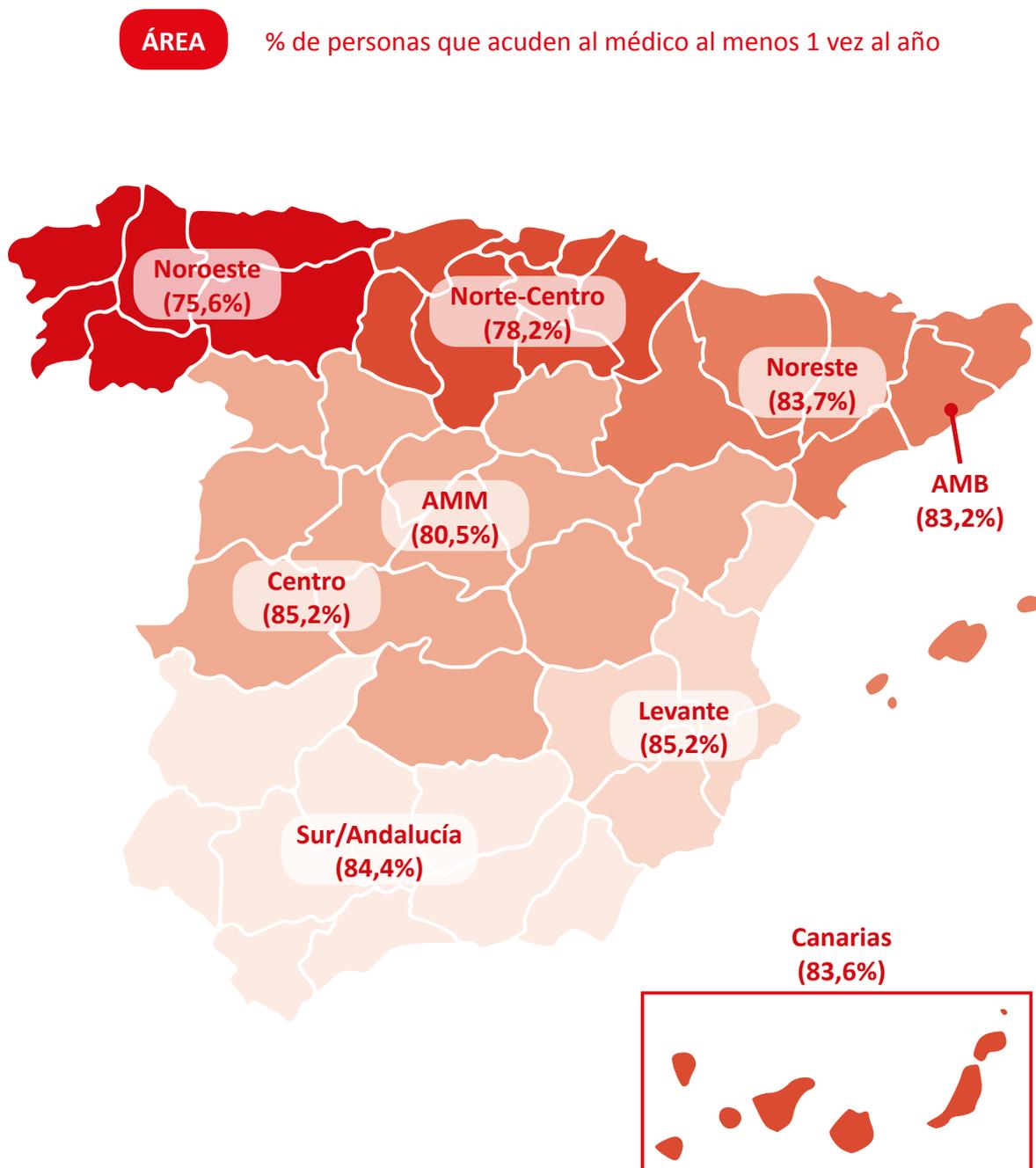
Indica la frecuencia con que realizas las siguientes actividades relacionadas con el cuidado de salud (al menos una vez al año)



- Si atendemos a las diferencias por sexo, observamos que las mujeres manifiestan mayor frecuencia de visitas, al menos con carácter anual, a los diferentes especialistas médicos.
- Respecto a las diferencias por edad, es el tramo entre los 35 y 54 años el que afirma ir con menor frecuencia al médico al menos anualmente. Asimismo, se observa una tendencia progresiva a visitar con mayor frecuencia al dentista o realizarse analíticas conforme aumenta la edad.

Frecuencia de visita a profesionales de la salud

- Por área geográfica, en Levante y la zona Centro encontramos el mayor número de personas que asegura acudir al médico al menos con carácter anual.
- Por el contrario, los españoles que en menor medida acuden al médico anualmente son los de la zona Noroeste y Norte-Centro.



*Los datos relativos a Canarias han de considerarse orientativos debido al tamaño de la muestra (67 valoraciones)



Dificultades percibidas a la hora de acudir al médico

¿Podrías explicar cuáles son las principales dificultades a las que te enfrentas a la hora de ir al médico o cuidar de tu salud?



- Las principales dificultades argumentadas por los encuestados para cuidar de su salud y acudir al médico están claramente relacionadas con el tiempo: el 23,1% menciona la falta de tiempo, mientras que un 22,3% se refiere a la disponibilidad de horario y un 14% hace alusión a las largas esperas a las que tiene que enfrentarse.
- En menor medida, se mencionan otros aspectos como el nerviosismo y aversión a ir, la falta de profesionalidad de algunos médicos, las listas de espera, la distancia o el transporte para acudir al centro médico.

Dificultades percibidas a la hora de acudir al médico

¿Podrías explicar cuáles son las principales dificultades a las que te enfrentas a la hora de ir al médico o cuidar de tu salud?

Sexo

Hombres

- Falta de tiempo (19,5%)
- Disponibilidad de horario (19,5%)

Mujeres

- Falta de tiempo (26,7%)
- Disponibilidad de horario (25,1%)

Edad

18-34

- Falta de tiempo (27,5%)
- Disponibilidad de horario (20,6%)

35-54

- Falta de tiempo (26,7%)
- Disponibilidad de horario (25,8%)

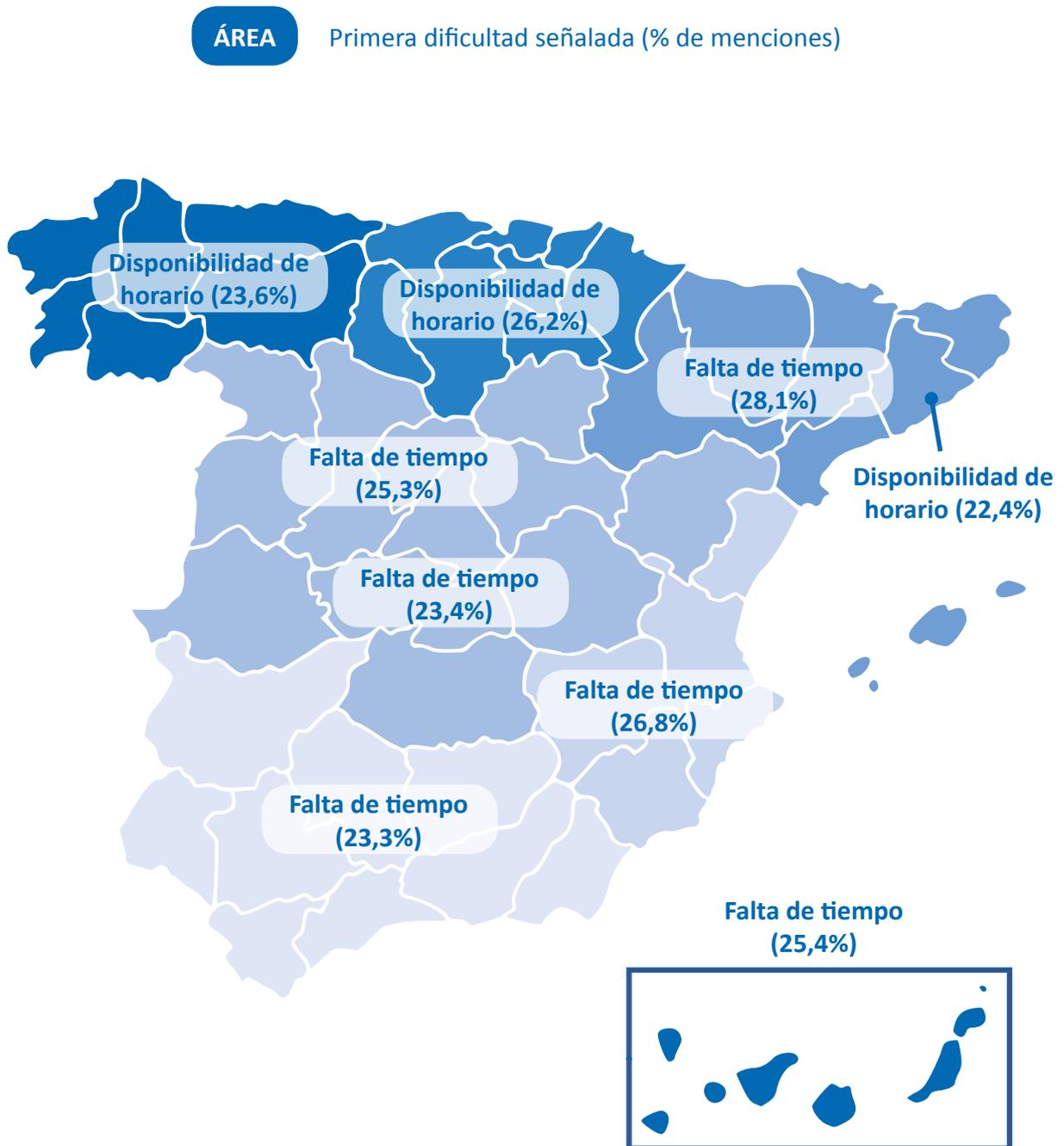
55+

- Falta de tiempo (19,1%)
- Disponibilidad de horario (11,5%)

- La mujeres y las personas más jóvenes (18 a 54 años) acusan en mayor medida la falta de tiempo.
- Cabe destacar que para las personas mayores de 55 años, la principal dificultad tiene que ver con la disponibilidad horaria.



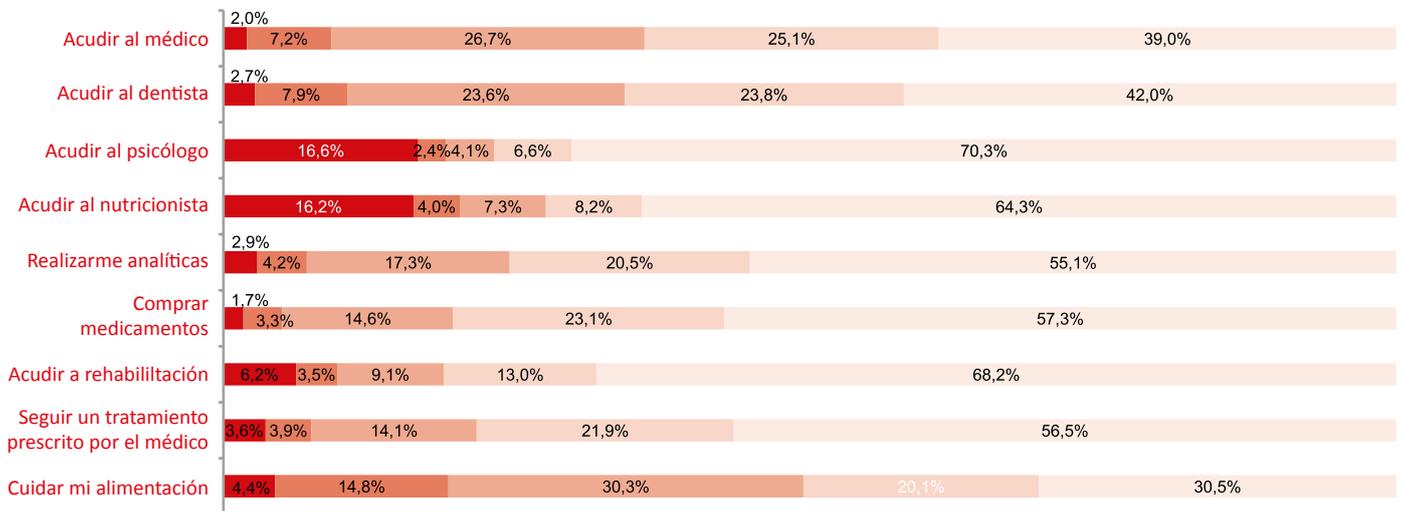
Dificultades percibidas a la hora de acudir al médico



*Los datos relativos a Canarias han de considerarse orientativos debido al tamaño de la muestra (67 valoraciones)

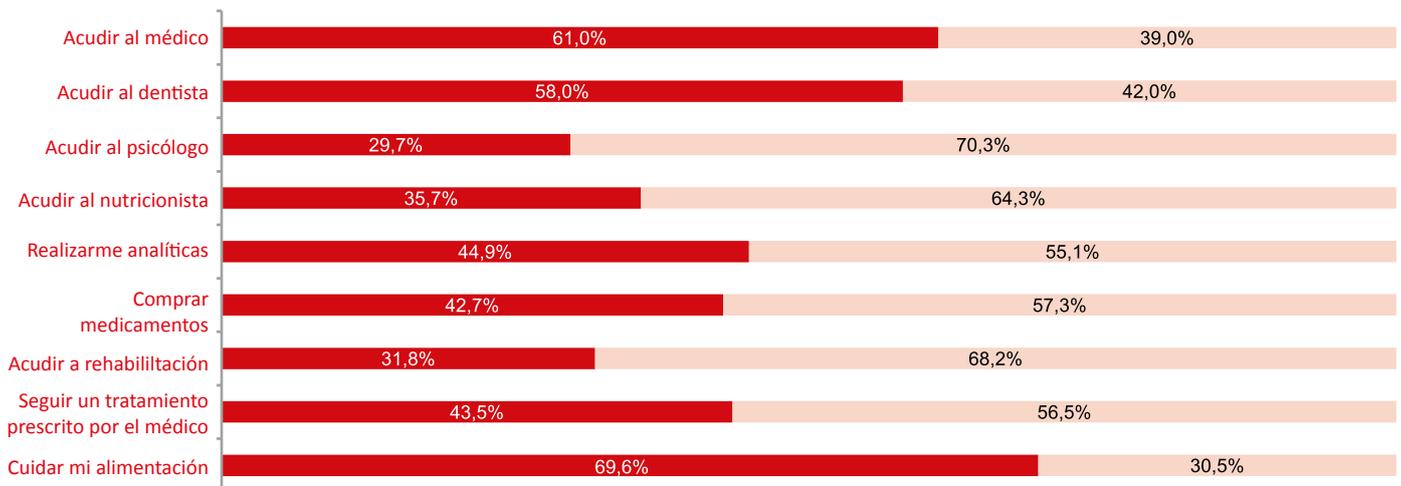
Impacto percibido del tiempo en el cuidado de la salud

He dejado de realizar alguna de las siguientes actividades relacionadas con el cuidado de mi salud por falta de tiempo...



- Viendo los resultados en detalle, observamos que 1 de cada 4 españoles (el 26,7%) asegura dejar de ir al médico por culpa del tiempo “algunas veces”, mientras que el 9,2% lo hace “muchas veces” o “siempre”.
- El 30,3% de los encuestados afirma descuidar su alimentación por culpa del tiempo “algunas veces”, mientras que el 19,2% lo hace “muchas veces” o “siempre”.
- Cabe destacar que más del 16% de los encuestados asegura que el tiempo es un factor que “siempre” influye en que no acudan al nutricionista o el psicólogo.

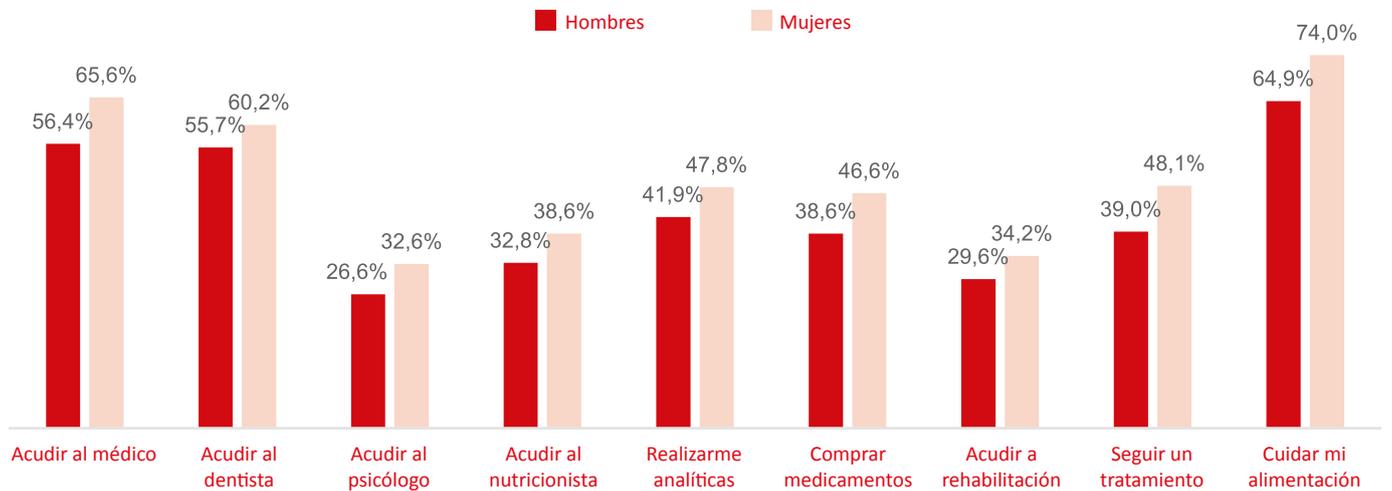
He dejado de realizar AL MENOS EN ALGUNA OCASIÓN* algunas de las siguientes actividades relacionadas con el cuidado de mi salud por falta de tiempo



- En términos globales, observamos que el 61% de los españoles encuestados asegura haber dejado de acudir al médico al menos en alguna ocasión por falta de tiempo, mientras que el 58% afirma dejar de acudir al dentista por este motivo.
- 7 de cada 10 personas ha dejado de cuidar su alimentación al menos en alguna ocasión por falta de tiempo.
- En menor medida, más del 40% de encuestados reconoce que al menos en alguna ocasión ha dejado de realizarse analíticas, seguir un tratamiento prescrito por el médico o comprar medicamentos debido a la falta de tiempo.

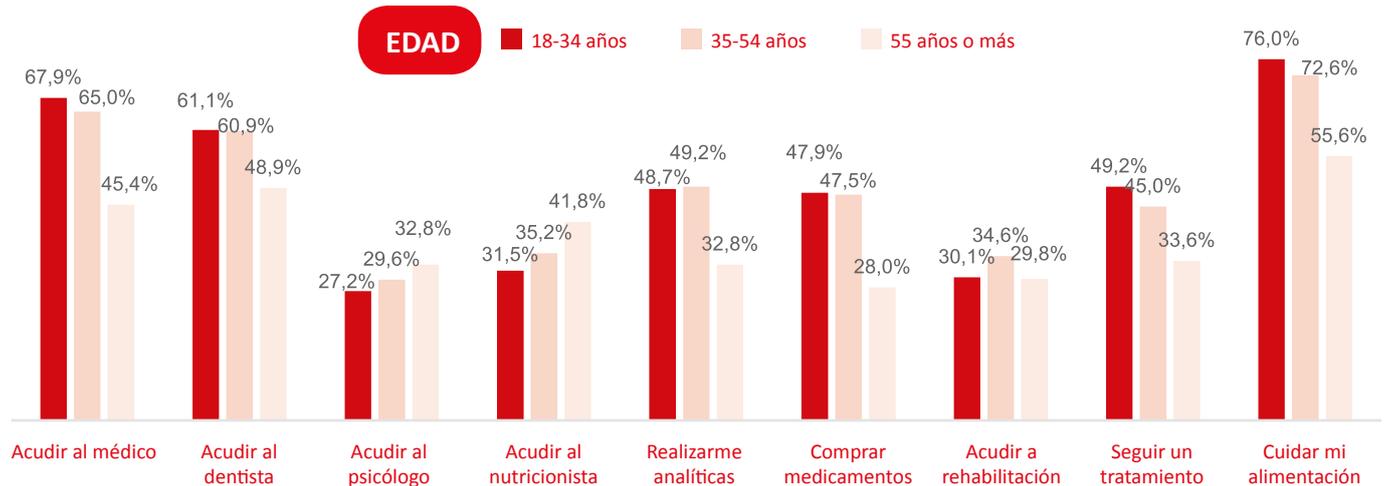
Impacto percibido del tiempo en el cuidado de la salud

He dejado de realizar **AL MENOS EN ALGUNA OCASIÓN*** alguna de las siguientes actividades relacionadas con el cuidado de mi salud por falta de tiempo



- Atendiendo al sexo de los encuestados, observamos que en líneas generales las mujeres descuidan más el cuidado de su salud debido a la falta de tiempo que los hombres. Las mayores diferencias las encontramos en relación a tres aspectos: la visita al médico (un gap del 9,2%), el cuidado de la alimentación (un gap del 9,1%) y el hecho de seguir un tratamiento prescrito por el médico (9,1%).

He dejado de realizar **AL MENOS EN ALGUNA OCASIÓN*** alguna de las siguientes actividades relacionadas con el cuidado de mi salud por falta de tiempo



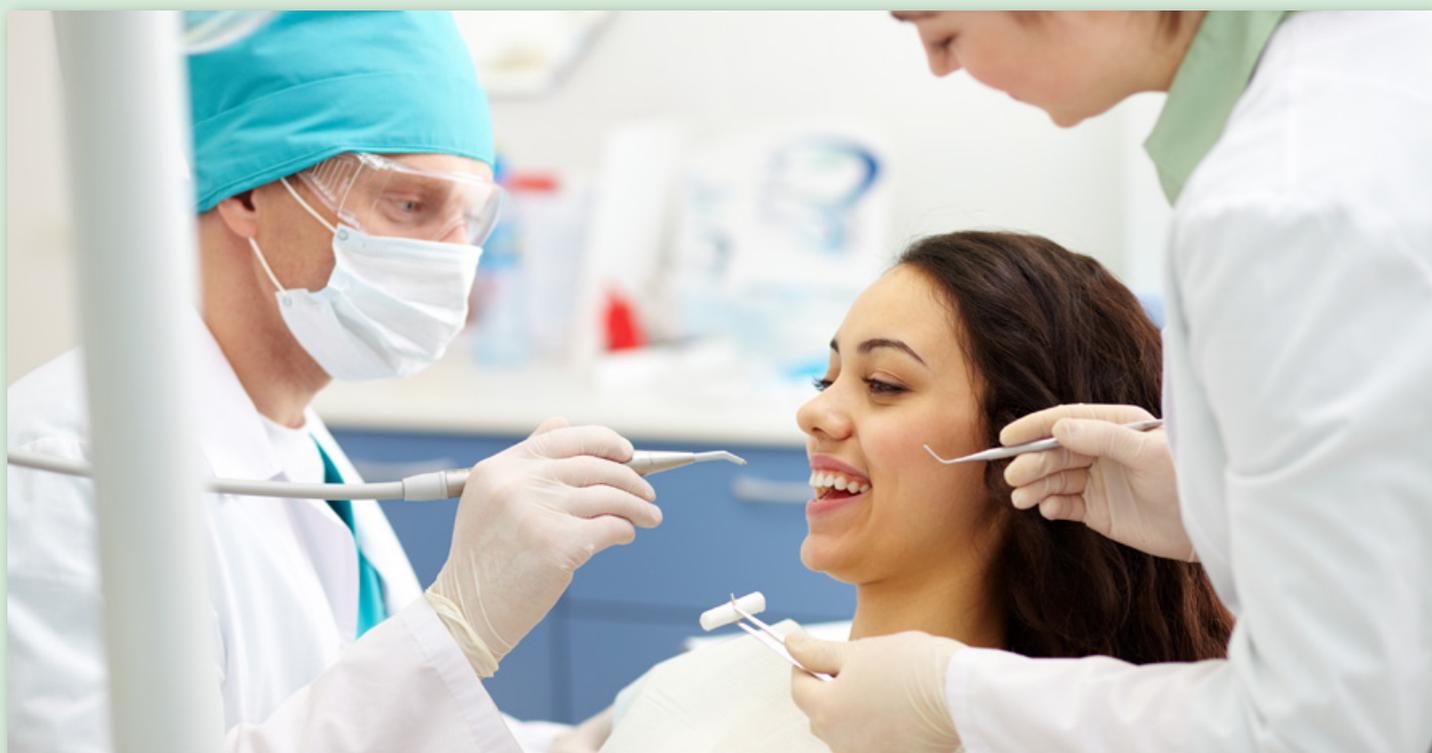
- Respecto a la edad de los encuestados, a la luz de los resultados se concluye que el segmento de mayor edad (por encima de los 55 años) es el que acusa una menor repercusión del tiempo sobre el cuidado de su salud, mientras que los más jóvenes son los que más notan el impacto de este factor.
- Así, el 67,9% de los jóvenes de entre 18 y 34 años ha dejado al menos alguna vez de acudir al médico por falta de tiempo, frente al 45,4% en el caso de los mayores de 55 años.
- Igualmente, encontramos diferencias notables entre los más jóvenes y los más mayores en otros aspectos como la visita al dentista, la realización de analíticas, la compra de medicamentos y el seguimiento de un tratamiento prescrito por el médico, así como en el cuidado de la alimentación.

Impacto percibido del tiempo en el cuidado de la salud

He dejado de realizar AL MENOS EN ALGUNA OCASIÓN* alguna de las siguientes actividades relacionadas con el cuidado de mi salud por falta de tiempo

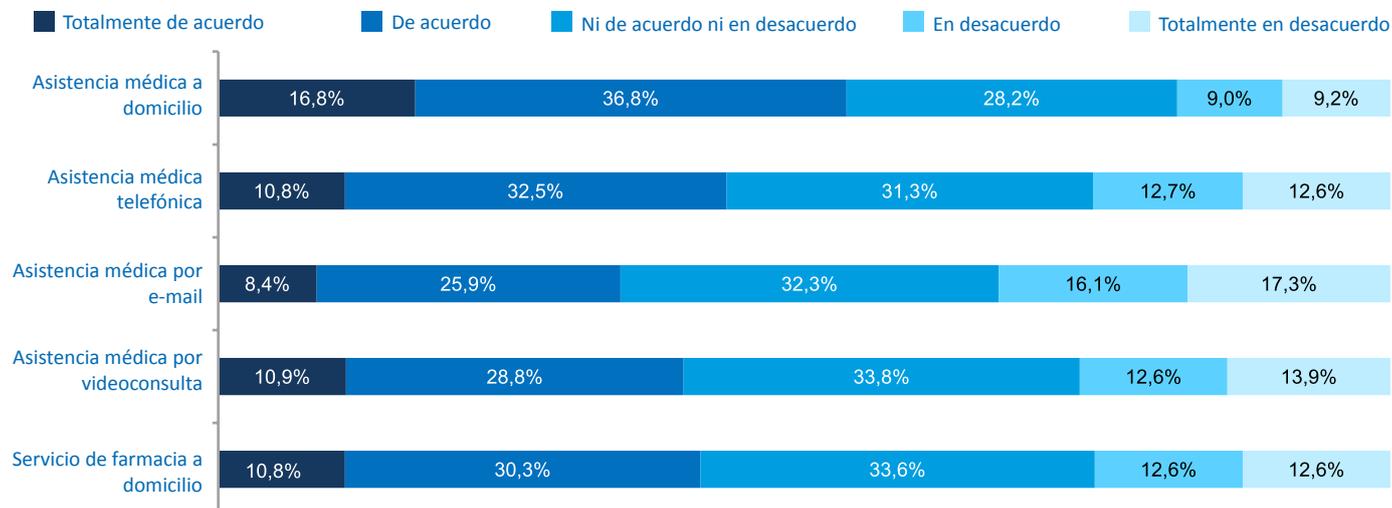
	Noreste/ Cataluña y Balears	Levante	Sur/ Andalucía	Centro	Noroeste	Norte Centro	Canarias*	Área metropolitana Barcelona	Área metropolitana Madrid
Acudir al médico	57,0%	62,7%	68,3%	61,6%	47,2%	56,9%	61,2%	55,3%	69,0%
Acudir al dentista	63,5%	57,3%	58,9%	62,5%	47,2%	57,7%	53,8%	56,0%	60,4%
Acudir al psicólogo	32,7%	30,1%	30,7%	32,8%	21,3%	28,5%	34,4%	26,6%	30,5%
Acudir al nutricionista	38,6%	38,8%	37,4%	36,8%	25,9%	31,5%	41,9%	32,9%	36,2%
Realizarme analíticas	40,5%	46,8%	51,9%	45,3%	38,5%	33,8%	38,8%	46,9%	48,9%
Comprar medicamentos	39,2%	47,4%	47,0%	43,7%	36,2%	35,4%	46,3%	40,6%	43,0%
Acudir a rehabilitación	30,1%	28,7%	36,3%	35,2%	22,8%	29,3%	26,9%	33,6%	36,8%
Seguir un tratamiento prescrito por el médico	45,1%	45,0%	46,3%	47,6%	34,0%	36,9%	44,8%	45,5%	43,1%
Cuidar mi alimentación	69,3%	71,2%	69,2%	72,7%	65,3%	64,6%	73,2%	65,8%	74,2%

- Los encuestados del área metropolitana de Madrid y la zona Sur/Andalucía son quienes manifiestan en mayor medida haber dejada al menos en alguna ocasión de acudir al médico por falta de tiempo.
- En la zona Sur/Andalucía y Levante encontramos el mayor número de personas que alguna vez ha dejado de comprar medicamentos por falta de tiempo.
- En todas las áreas al menos el 65% de la población ha descuidado en alguna ocasión su alimentación por falta de tiempo.



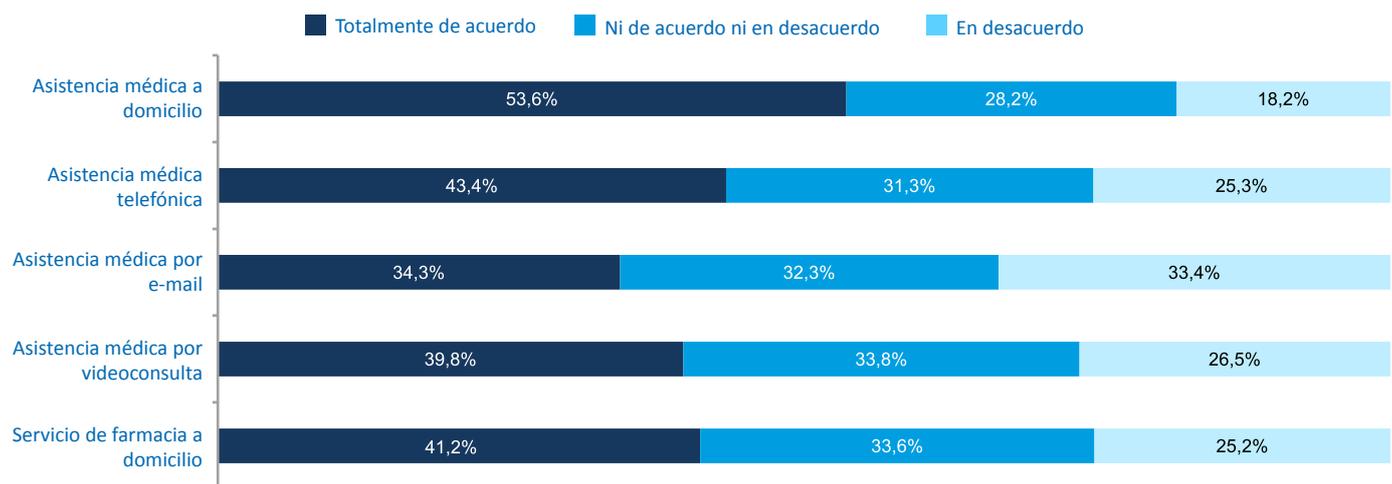
Utilidad percibida de algunos servicios de salud

Para poder cuidar mejor de mi salud, me ayudaría disponer de...



- Viendo los resultados en detalle, observamos que el 16,8% de los españoles encuestados está totalmente de acuerdo con que la asistencia médica a domicilio les resultaría de ayuda para cuidar mejor de sus salud, mientras que el 36,8% está de acuerdo con esta afirmación.
- En menor medida, también existe una mayor acuerdo que desacuerdo en cuanto a la utilidad de servicios como la asistencia médica telefónica, por e-mail y videoconsulta, además del servicio de farmacia a domicilio, como elementos de ayuda para un mejor cuidado de la salud.

Para poder cuidar mejor de mi salud, me ayudaría disponer de...



- En términos globales, vemos que la mayoría de los españoles encuestados (el 53,6%) está de acuerdo con que la asistencia médica a domicilio sería de ayuda para una mejor cuidado de su salud. Este dato contrasta con tan sólo un 18,2% que asegura estar en desacuerdo.
- Asimismo, más del 40% de los encuestados consideraría de ayuda la asistencia médica telefónica y el servicio de farmacia a domicilio.
- El 39,7% de los encuestados está de acuerdo con que la asistencia médica por videoconsulta sería de utilidad, mientras que un 33,8% no se posiciona a este respecto (no está de acuerdo ni en desacuerdo).

Utilidad percibida de algunos servicios de salud

Para poder cuidar mejor de mi salud, me ayudaría disponer de...

SEXO

■ Hombres ■ Mujeres

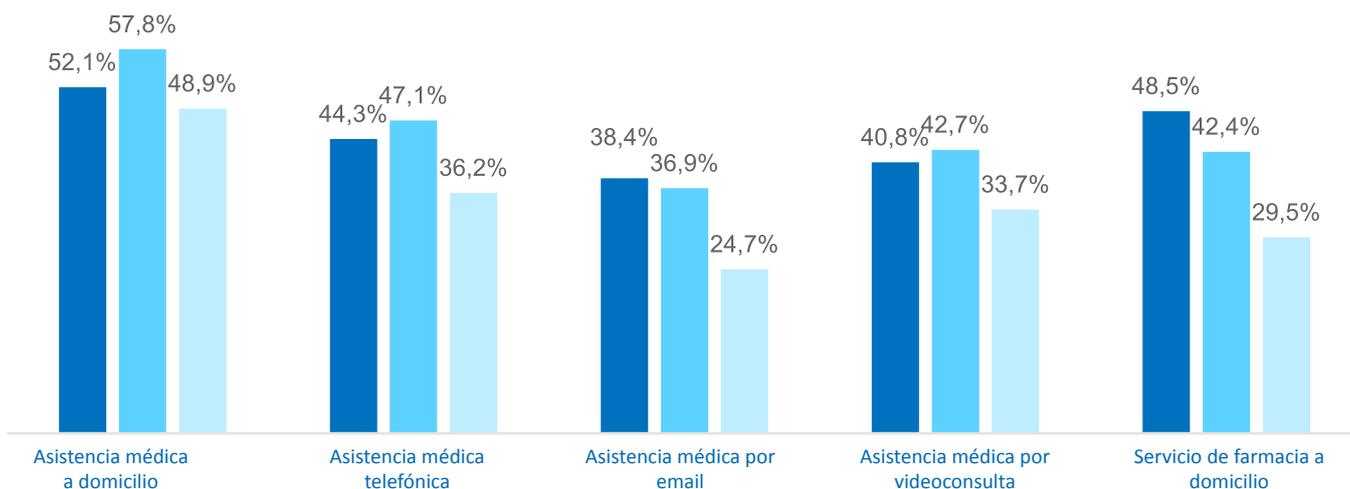


- Las mujeres valoran en mayor medida que los hombres el servicio de farmacia a domicilio, así como la asistencia médica telefónica y por e-mail.
- No se aprecian diferencias significativas en la valoración que hombres y mujeres hacen de la asistencia médica por videoconsulta y la asistencia médica a domicilio.

Para poder cuidar mejor de mi salud, me ayudaría disponer de...

EDAD

■ 18-34 años ■ 35-54 años ■ 55 años o más



- Respecto a las diferencias por edad, observamos que algunos servicios como la farmacia a domicilio o la asistencia médica por e-mail son progresivamente mejor valorados por los más jóvenes.
- Los servicios de asistencia médica a domicilio, telefónica y por videoconsulta reciben la mayor aceptación por parte de las personas de mediana edad (35 a 54 años), mientras que los mayores de 55 años son quienes los encuentran menos útiles.

Utilidad percibida de algunos servicios de salud

Para poder cuidar mejor de mi salud, me ayudaría disponer de...

ÁREA

	Noreste/ Cataluña y Balears	Levante	Sur/ Andalucía	Centro	Noroeste	Norte Centro	Canarias*	Área metropolitana Barcelona	Área metropolitana Madrid
Asistencia médica a domicilio	53,6%	50,2%	55,9%	53,9%	48,8%	47,7%	49,3%	60,1%	58,0%
Asistencia médica telefónica	43,8%	37,3%	38,5%	47,7%	52,8%	45,4%	46,3%	44,1%	44,8%
Asistencia médica por e-mail	32,7%	32,1%	34,4%	40,6%	39,4%	23,1%	31,3%	38,5%	36,2%
Asistencia médica por videoconsulta	33,3%	37,3%	41,1%	39,8%	44,9%	32,3%	41,8%	44,1%	43,7%
Servicio de farmacia a domicilio	37,9%	39,2%	42,6%	46,9%	37,0%	30,8%	43,3%	44,8%	47,1%

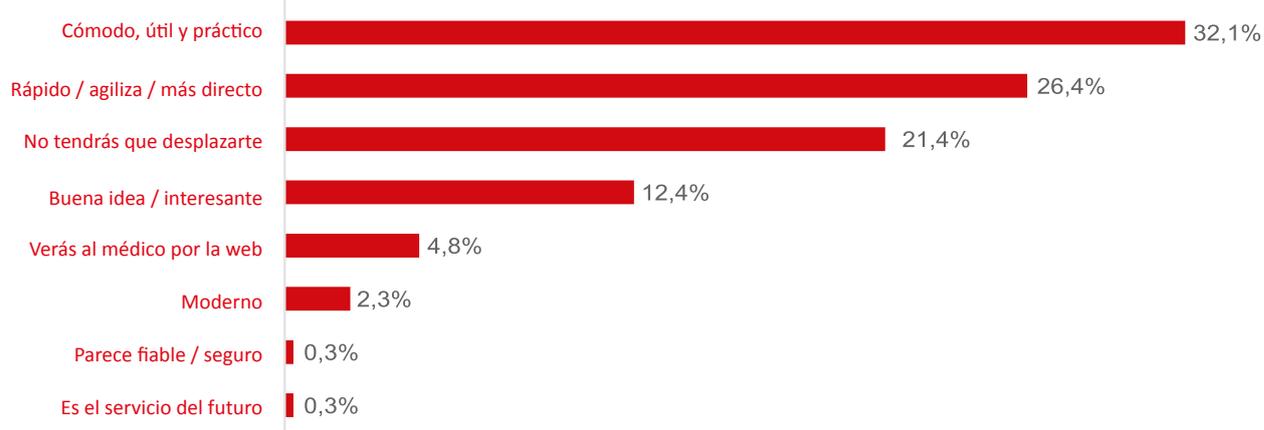
- La asistencia médica a domicilio es aceptada por la mayoría de residentes en casi todas las áreas, alcanzando el máximo nivel de aceptación en las áreas metropolitanas de Barcelona (60,1%) y Madrid (58%).
- La asistencia médica por videoconsulta recibe mayor aceptación en las áreas metropolitanas de Barcelona (44,1%) y Madrid (43,7%), además de en la zona Noroeste (44,9%).
- El servicio de farmacia a domicilio también es mejor aceptado en las dos grandes áreas metropolitanas: Madrid (47,1%) y Barcelona (44,8%), además de en la zona Centro (46,9%).





Percepción sobre el servicio de videoconsulta

Has indicado que estás de acuerdo o totalmente de acuerdo en cuanto a la utilidad de la asistencia médica por videoconsulta para el cuidado de tu salud, ¿podrías explicar tu opinión general sobre este servicio?



- Quienes están de acuerdo con la utilidad del servicio de videoconsulta para un mejor cuidado de la salud consideran que se trata, ante todo, de un servicio cómodo y práctico, además de suponer un ahorro de tiempo (rápido y ágil) y que evita los desplazamientos.
- En menor medida, se califica el servicio como una buena idea y moderna.

Ranking de prioridades de los españoles

Ordena, según grado de importancia para ti, siendo 1 el más importante, los siguientes aspectos...



1. Familia y amigos



2. Salud



3. Trabajo



4. Tiempo

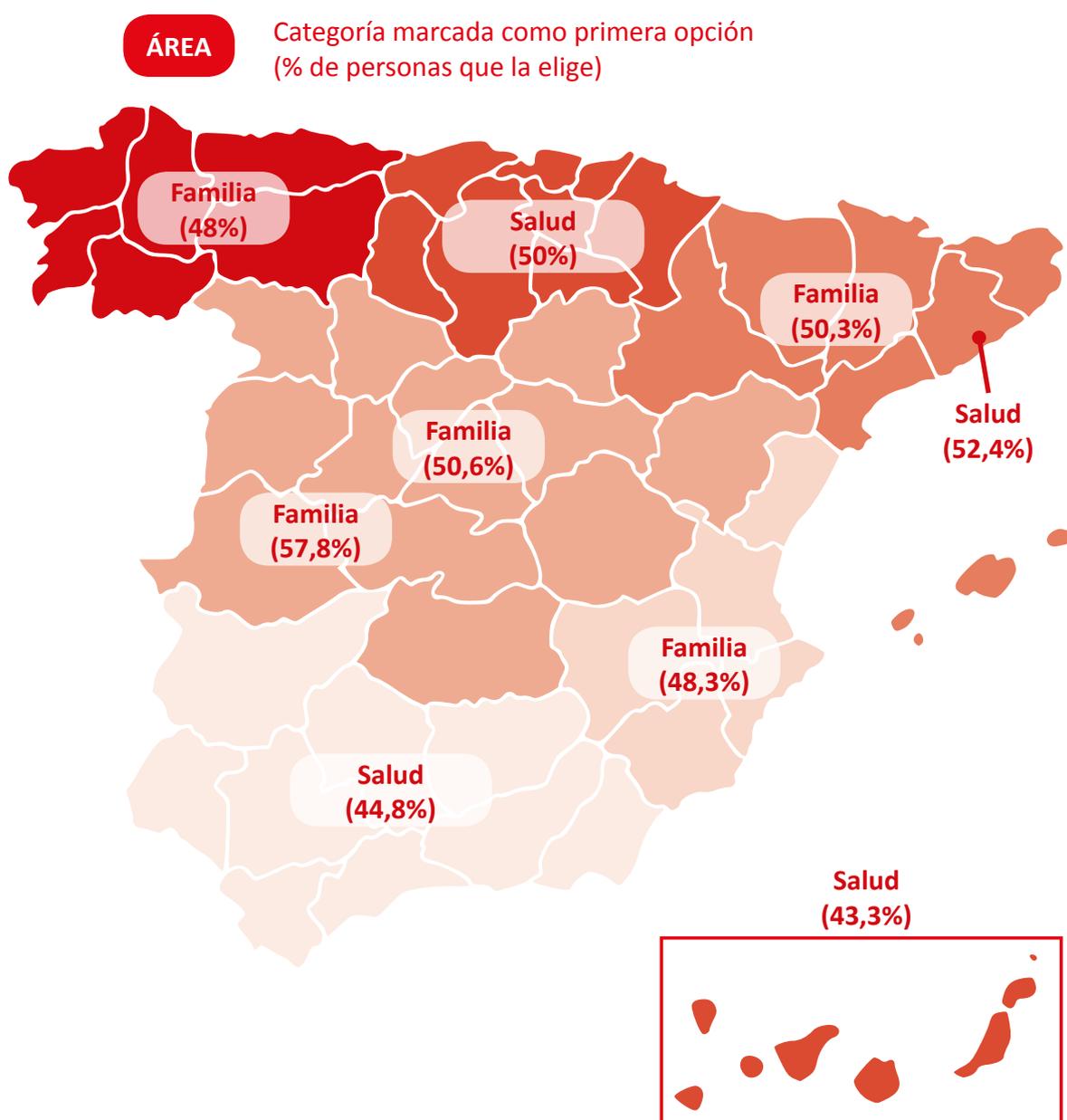


5. Dinero

- Para los españoles encuestados la Familia y Amigos son su principal prioridad, pues el 47,5% lo sitúa en la primera posición del ranking.
- La Salud destaca por ser el segundo aspecto más valorado por parte de los españoles, a una distancia corta de la Familia: el 44% situaría este factor en primer lugar, mientras que el 42,3% lo situaría en segunda posición.
- Sólo un 4,9% de encuestados situaría el Trabajo en primer lugar, mientras que lo más habitual es situarlo en tercera posición: el 35,8% así lo hace.

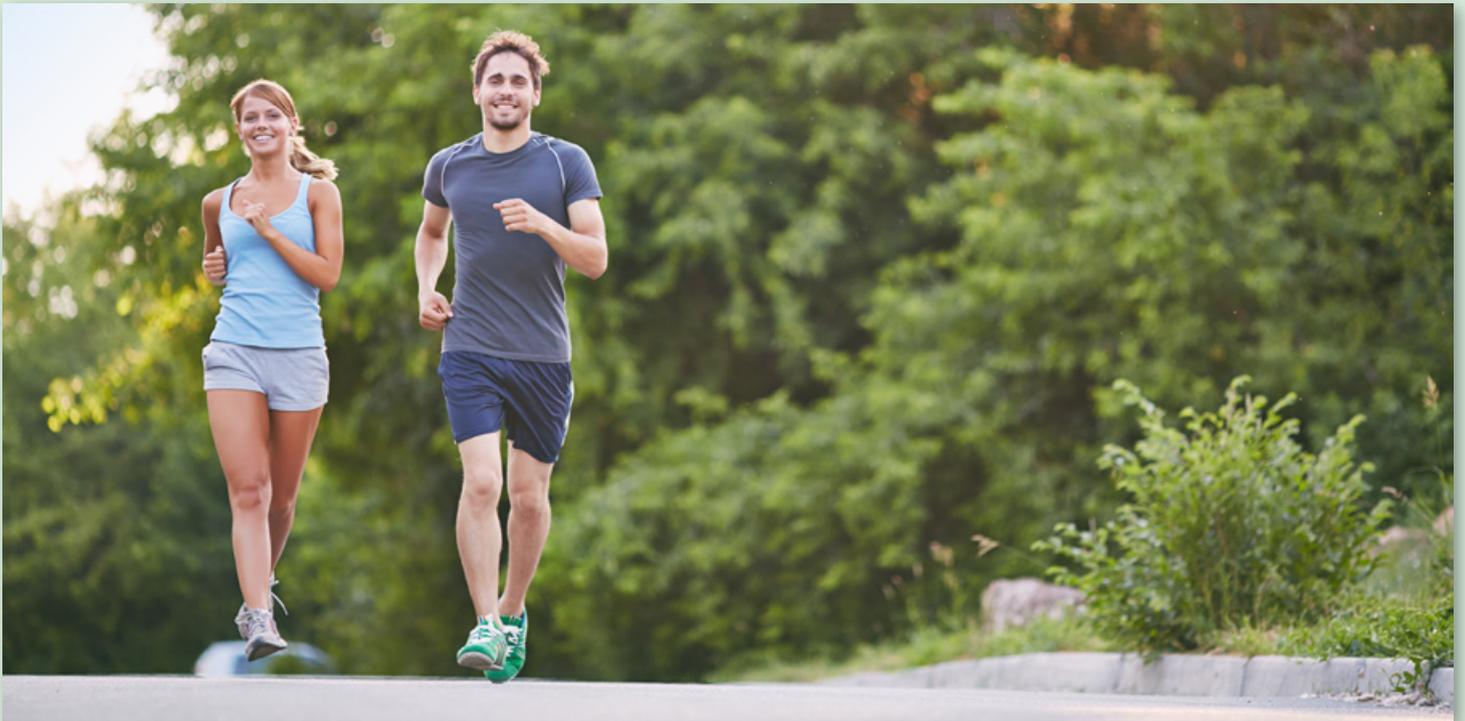


Ranking de prioridades de los españoles



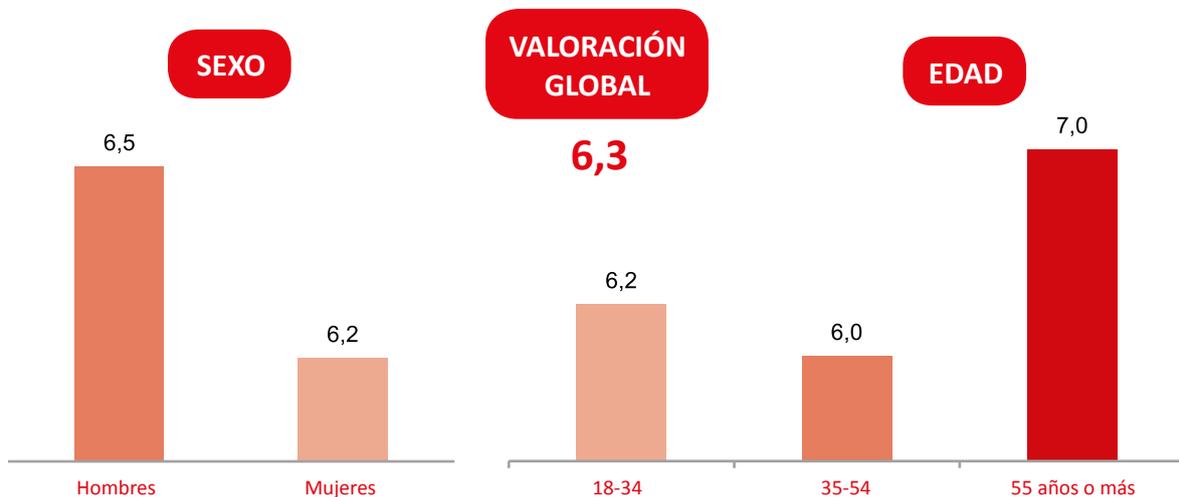
*Los datos relativos a Canarias han de considerarse orientativos debido al tamaño de la muestra (67 valoraciones)

- En cuanto a las diferencias por sexo, **las mujeres anteponen en mayor medida la familia a la salud**, en comparación con los hombres: el 51,7% de ellas elige “familia/amigos” como la primera opción del ranking, frente a un 43,3% en el caso de los hombres, quienes se decantan en primer lugar por la salud (el 47,2% la marca como primera opción).
- Respecto a la edad, **la mayoría de personas mayores de 55 años ponen en primer lugar la salud (57,3%)**, mientras que para los más jóvenes en primer lugar está la familia (el 55,9% de los jóvenes de 18 a 34 años la pone en primer lugar, cifra que alcanza el 48,2% en el caso de las personas de 35 a 54 años).
- Por área geográfica, observamos que la **salud se pone en primer lugar** en la zona **Norte-Centro, Sur/Andalucía, Área Metropolitana de Barcelona y Canarias**.



Valoración global del propio cuidado de la salud

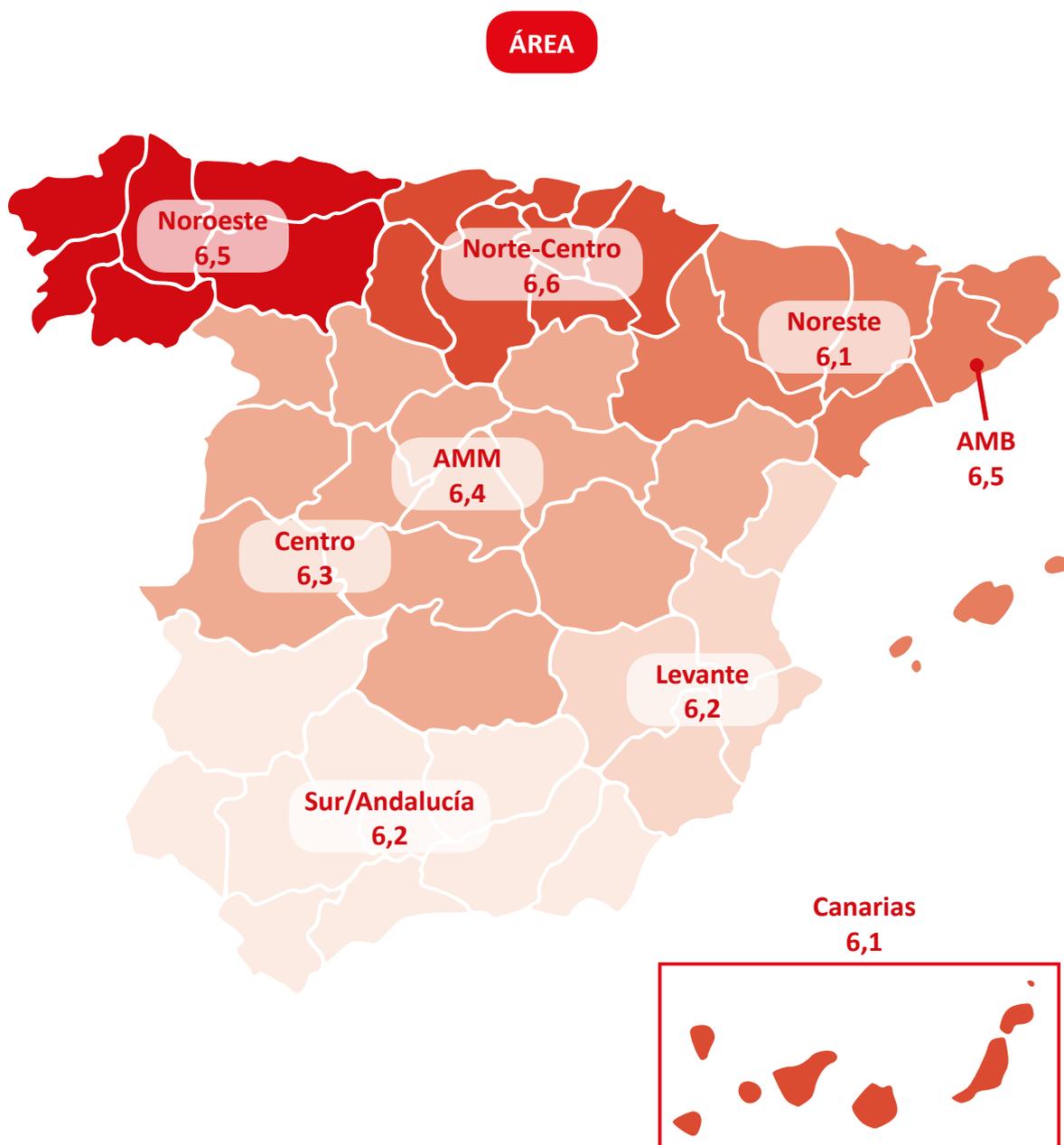
Para terminar, valora del 1 al 10 tu grado de satisfacción general con el tiempo que dedicas a la promoción y el cuidado de tu salud



- En términos generales, los españoles valoran el tiempo que dedican a la promoción y cuidado de su salud otorgándole una nota media de 6,3 puntos en una escala del 1 al 10.
- Si observamos las diferencias atendiendo al sexo de los encuestados, observamos que los hombres hacen una valoración del tiempo que dedican al cuidado de su salud ligeramente mejor a la de las mujeres: 6,5 puntos frente a 6,2 puntos.
- En cuanto a la edad de los encuestados, observamos que las personas mayores de 55 años son quienes mejor valoran el tiempo que dedican al cuidado de su salud, siendo el único segmento que alcanza el notable, con una valoración media de 7 puntos.

Valoración global del propio cuidado de la salud

Para terminar, valora del 1 al 10 tu grado de satisfacción general con el tiempo que dedicas a la promoción y el cuidado de tu salud



*Los datos relativos a Canarias han de considerarse orientativos debido al tamaño de la muestra (67 valoraciones)

- Sin existir grandes diferencias, sí que se observa que los residentes de la zona Norte-Centro son quienes mejor valoran el tiempo que dedican al cuidado de su salud, otorgándose una nota media de 6,6 puntos.
- Por el contrario, las personas de la zona Noreste son quienes valoran de forma más pobre el tiempo que dedican al cuidado de su salud, existiendo una diferencia de medio punto entre ambas regiones

Conclusiones

- La salud, es junto a la familia/amigos, la principal prioridad de los españoles, por encima de otras cuestiones como el trabajo, el tiempo y el dinero. Ambos aspectos son, con diferencia, a los que más importancia se da independientemente del sexo, la edad o el área geográfica.
- Los españoles encuestados se otorgan una nota de 6,3 a la hora de valorar el tiempo que dedican al cuidado de su propia salud. Los hombres valoran este aspecto mejor que las mujeres (6,5 frente a 6,2), y los mayores de 55 años son los únicos en alcanzar el notable (7 puntos).
- Las principales dificultades para ir al médico o cuidar de la salud mencionadas por los españoles encuestados están relacionadas con la falta de tiempo: el 23,1 por ciento asegura tener “falta de tiempo”, un 22,3 por ciento se refiere a la “disponibilidad horaria” y un 14 por ciento hace alusión a las “largas esperas”. De hecho, el 61 por ciento de los encuestados afirma haber dejado de acudir al médico al menos en alguna ocasión debido a la falta de tiempo, aunque tan sólo 1 de cada 10 afirma hacerlo “siempre” o “muchas veces”.
- Del mismo modo, 7 de cada 10 encuestados asegura haber dejado alguna vez de cuidar su alimentación por falta de tiempo, mientras que un 44,9 por ciento ha dejado de realizarse analíticas, el 43,5 por ciento ha dejado de seguir un tratamiento prescrito por el médico y un 42,7 por ciento ha dejado al menos en alguna ocasión de comprar medicamentos por este motivo.
- Las mujeres y los más jóvenes (18-34 años) manifiestan un mayor impacto negativo de la falta de tiempo sobre el cuidado de su salud, especialmente en aspectos como las visitas al médico, el seguimiento de tratamientos, la compra de medicamentos o el cuidado de la alimentación. Por zonas, es el área metropolitana de Madrid y la zona Sur/Andalucía donde más impacta la falta de tiempo en las visitas al médico.
- Los españoles encuestados valoran positivamente algunos servicios orientados a un mejor cuidado de su salud, más de la mitad considera de ayuda la asistencia médica a domicilio. Asimismo, en torno al 40 por ciento de los encuestados consideraría útil la asistencia médica telefónica y por videoconsulta, así como el servicio de farmacia a domicilio.
- Las mujeres, en relación con esa mayor percepción de falta de tiempo, valoran mejor que los hombres algunos de estos servicios, como la asistencia médica telefónica, por e-mail o el servicio de farmacia a domicilio. Igualmente, los jóvenes tienden a valorar mejor estos servicios en comparación con los mayores de 55 años, en consonancia con su mayor percepción negativa del impacto del tiempo sobre el cuidado de su propia salud.



Federación Nacional de Clínicas Privadas

La Federación Nacional de Clínicas Privadas es la patronal de referencia de la Sanidad Privada española, con más de 450 centros asociados.

Únete a la FNCP y empieza a disfrutar de sus ventajas:

- Representación institucional
- Defensa de los intereses de nuestros asociados
- Central de compras propia
- Plataforma de recetas privadas
- Clúster Español de Turismo de Salud
- Comunicación constante con los asociados
- Convenio de Asistencia para accidentes de tráfico
- Descuentos en diferentes productos y servicios

¡Entra ya!
www.fncp.es

Tu Federación

Miembro de:



Jefes de servicio apuestan por una renovación tecnológica de la farmacia hospitalaria para mejorar eficiencia y seguridad y lograr el error cero

I FORO

de eficiencia en la **gestión** de procesos y **seguridad** en la **farmacia hospitalaria**

Jefes de servicio de Farmacia de grandes hospitales han coincidido en la importancia y necesidad de acometer una renovación tecnológica profunda de sus servicios para mejorar la eficiencia en la gestión de procesos y la seguridad tanto de los pacientes como los profesionales sanitarios que manipulan fármacos sensibles, como los citostáticos, con el fin de lograr el error cero.

Así lo han puesto de manifiesto durante el *I Foro de eficiencia en la gestión de procesos y seguridad en la Farmacia Hospitalaria*, que se ha celebrado en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, organizado por la revista *New Medical Economics*, con la colaboración como impulsor del evento de Palex Medical.

El Dr. Miguel Ángel Calleja, presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y jefe de servicio de Farmacia del Hospital Virgen de las Nieves, encargado de clausurar el foro, señaló que “para llegar a la eficiencia hay que trabajar con calidad y seguridad”; animó a “invertir en la robotización de la Farmacia, porque el retorno de inversión es

muy rápido”; apostó por una “renovación tecnológica profunda de los servicios de farmacia para conseguir eficiencia y tratar de automatizar y robotizar lo rutinario y liberar al profesional para que pueda dedicarse a otras tareas de mayor valor añadido”, y reconoció que faltan estudios de rentabilidad porque, según dijo, “el impacto de toda la tecnología que se aplica en Farmacia no se evalúa”.



Por su parte, el gerente del Hospital Clínico, José Soto, también habló de la importancia de la eficiencia “como un valor que ya no se discute y se acepta en el reto de mejorar la salud”, y de la seguridad, incorporando equipamientos de alta tecnología y técnicas derivadas de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) aplicadas a la gestión de la Farmacia. Soto estuvo acompañado durante la inauguración por Carlos Chordá, director general del Área Hospitalaria de Palex Medical, y José María Martínez, director de New Medical Economics.



De izda. a dcha.: Carlos Chordá, José Soto y José María Martínez.

Políticas autonómicas basadas en la tecnología

Durante la primera mesa del foro, se trataron las políticas en las comunidades autónomas encaminadas a la seguridad, ahorro y eficiencia en la gestión y dispensación de fármacos en el hospital con la ayuda de la tecnología.

De esta manera, Vicente Alonso, director general de Asistencia de la Consejería de Sanidad de Extremadura, explicó que “desde el principio se apostó por un sistema de información integrado y único para que todos los actores del sistema sanitario pudiesen tener la información unificada”. En relación a la automatización, Extremadura cuenta con carruseles automatizados de almacenamiento de medicamentos horizontales y verticales, no obstante, según Alonso, “se introducirán elementos más automatizados para ganar en seguridad y eficiencia con los pacientes y profesionales”. Además, subrayó que la innovación a través de la tecnología debe ser algo que permanezca y le demos prioridad, “es un conocimiento para mejorar los resultados de salud de la población”.

El director general de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Sermas, César Pascual, señaló que Madrid está trabajando en la compra eficiente, sobre todo por volumen y resultados. La principal palanca del Sermas para realizar esta estrategia son las nuevas tecnologías,

“tenemos una herramienta web en la que se notifican todos los errores de la Comunidad, en el Hospital Gregorio Marañón se han desarrollado herramientas que permiten la corrección de errores, otra aplicación es Farma web, y enfocado a la eficiencia está el observatorio de precios de medicamentos”, dijo Pascual. Tecnologías de seguridad como robótica, medidas de gestión y medidas organizativas son las otras líneas que están siguiendo para mejorar la farmacia hospitalaria.

Por su parte, Julián Pérez Gil, director gerente del Servicio Cántabro de Salud, manifestó que los sistemas informatizados de prescripción médica de Cantabria permiten el registro directo del tratamiento farmacológico de cada paciente por parte del prescriptor, lo que hace que “se minimice el riesgo, se elimine el circuito de recogida, tengamos información en tiempo real, facilite la toma de decisiones y reduzca los costes. Todo ello tiene como consecuencia una mejora en la seguridad y eficiencia”.

En cuanto a dispensación se refiere, Cantabria cuenta también con carruseles automatizados horizontales y verticales que producen una gestión eficaz del espacio y sistemas periféricos que permite que haya un acceso restringido al medicamento. Pérez Gil ha advertido que para mejorar la eficiencia aún tiene que analizar cuatro aspectos: robotización de la preparación de fórmulas magistrales, centralización

de la producción, externalización de las preparaciones intravenosas estériles y la ambulatorización de la asistencia hospitalaria.

Central de compras y sistemas de información

Para explicar la situación de Navarra, intervino Antonio López Andrés, subdirector de Farmacia de la Consejería de Salud, quien consideró que para llegar a la eficiencia es imprescindible una central de compras, con una línea de trabajo ligada a los sistemas de información. “Dentro de los sistemas de información, es fundamental que Navarra tenga un sistema único, un módulo de prescripción electrónica y una parametrización de datos relevantes para la obtención de resultados en salud”, concluyó.

En Castilla y León hay una serie de experiencias en las que a través de la interacción de los distintos programas de gestión de farmacia y laboratorio de hospitales se han podido desarrollar programas de mejora de la seguridad, según expuso Laura Isusi, jefe del servicio de Control Farmacéutico de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. En Sacyl, además, se está trabajando en la prescripción electrónica intrahospitalaria asistida, implantada en su

totalidad en el Hospital Río Hortega. En cuanto a otras formas de tecnología, esta comunidad dispone de carruseles automatizados horizontales, verticales, sistemas automatizados de dispensación y robots de dispensación para pacientes externos en el Hospital Universitario de Valladolid. “Creemos que es imprescindible apostar e invertir en nuevas tecnologías, avanzar en desarrollos propios y adaptaciones para mejorar los procesos”, apuntó Isusi.

Menos errores con los robots

La mesa política dio paso a las mesas de profesionales. Así, en la titulada *Preparación automatizada de medicamentos de quimioterapia*, la Dra. Paz Pacheco, del servicio de Farmacia del Hospital Clínico San Carlos, primer hospital español que incorporó en 2012 un robot Apoteca para la preparación automatizada de citotáticos, explicó que, después de cuatro años, los profesionales están más protegidos con el robot que cuando trabajaban en cabina; la trazabilidad es mayor, con información de las preparaciones en el momento exacto y a lo largo del tiempo, y con precisión en la dosis. “Tras cuatro años, nuestra estadística de errores con el robot es cero”, dijo la Dra. Pacheco.



De izda. a dcha.: Antonio López, Laura Isusi, Julián Pérez, César Pascual, José María Martínez y Vicente Alonso.



De izda. a dcha.: Ana Rosa Rubio, Francesc Soler, Paz Pacheco y Mónica Climente.

Por su parte, la Dra. Ana Rosa Rubio, de la Farmacia Onco-Hematológica del Complejo Hospitalario de Toledo, reivindicó sistemas de información integral, seguridad basada en la trazabilidad y un control gravimétrico para asegurar la precisión de la dosis. “Nuestro sistema no está libre de fallos porque hay muchas cosas que aún se hacen de forma manual, no está integrado con el sistema del servicio de farmacia de compra de medicamentos, y no está completo con todas las alertas que nos gustaría. Nuestro sistema de seguridad y trazabilidad se basa en un etiquetado manual, y el control gravimétrico también es manual, y esto es fuente de error”, reconoció la especialista del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).

De lo manual a lo automático

Por tanto, concluyó que “si todo lo manual es lo que resta seguridad al proceso, quizá tengamos que virar a la automatización”, pero, según matizó, “definiendo qué procesos automatizar y con qué objetivos”. De esta manera, planteó “implementar una explotación de datos para mejorar la eficiencia, introducir parámetros de coste sistémico para garantizar la equidad, in-

tegrar un buen sistema de agenda y citaciones para mejorar la puntualidad, y mejorar la seguridad, disminuyendo la exposición de los trabajadores a citostáticos y residuos, y robotizando las tareas manuales de forma que la trazabilidad sea automática, lo que evitará errores y riesgos en el control de pesada”. Según recordó la Dra. Rubio, diferentes estudios concluyen que la robotización disminuye la tasa de error de un 12 a un 0,9 por ciento.

La Dra. Mónica Climente, jefe de servicio de Farmacia del Hospital Dr. Peset, incidió en que “antes de la automatización, hay que normalizar los procesos manuales, formar a los profesionales implicados, implantar la automatización de forma progresiva evaluando el proceso, el rendimiento y las oportunidades de mejora, y tener soporte externo e interno con personas de referencia en el hospital que puedan resolver incidencias y contingencias”.

La Dra. Climente también puso el acento en evaluar el impacto de una tecnología en términos de seguridad, tiempo y satisfacción del paciente. “Incorporar el proceso tecnológico nos ha permitido quintuplicar la detección de errores de preparación”, destacó.

Pacientes externos

En la mesa *Robotización de la farmacia para pacientes externos y unidosis*, la Dra. Alicia Herrero, jefe de servicio de Farmacia del Hospital La Paz, aseguró que con la robotización de esta área con Apostore se han reducido los errores, se ha aumentado la seguridad del paciente, se ha mejorado el tiempo en la dispensación, se ha creado el blog de pacientes externos y se han mejorado los procesos de atención farmacéutica, también disponibles en el blog. “Optimización de espacios físicos, robotización de la actividad, ventajas organizativas con reorganización de circuitos, satisfacción y seguridad del paciente y se ha potenciado la atención e información farmacéutica a los pacientes son los resultados de la innovación organizativa”, subrayó la Dra. Herrero.

La Dra. Amelia Sánchez, jefe del servicio de Farmacia del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, recordó que “seguridad, eficiencia y optimización de recursos son pilares básicos de toda organización”. Por ello, consideró como objetivos a corto y medio plazo para lograr una mayor eficiencia y seguridad mejorar las competencias y estabilidad del personal del servicio de farmacia con contratación de técnicos de farmacia, liberar recursos en actividades logísticas repetitivas para dedicarlos a otras que generen más valor, trazabilidad de todo el proceso farmacoterapéutico desde la recepción-administración, automatización de procesos logísticos y operativos (almacenaje, reenvasado, elaboración, dispensación y evaluación con indicadores de resultado y rendimiento) y control automatizado/informatizado de dispensación de estupefacientes.



De izda. a dcha.: Ana Lozano, José Luis Poveda, Amelia Sánchez y Alicia Herrero.

Inversión estratégica

Por último, el Dr. José Luis Poveda, jefe del servicio de Farmacia del Hospital La Fe, reivindicó la inversión tecnológica como una “inversión estratégica”, recalcó que “sólo se valora la logística cuando falla”, y señaló que se he mejorado la eficiencia, pero aún hay retos pendientes de seguridad. “El error cero es el objetivo”, dijo y aludió a proyectos en marcha como el del carro centinela o el del paciente centinela.

Según explicó, “la Farmacia es un servicio de soporte y nuestra credibilidad depende de la calidad que aportamos. Es fundamental que el resto de profesionales entiendan que el proceso farmacoterapéutico es de máxima calidad. Mi compromiso profesional con el paciente y con el sistema sanitario no lo entendería fuera de la calidad y la eficiencia. Y un servicio de farmacia hospitalaria gana cuotas de credibilidad en la medida que apuesta por sistemas que incorporan innovación”.



De izda. a dcha.: Luis Torán, Sergio Casas, Miguel Ángel Roca y Salvador Martínez.

Logística hospitalaria

En la última mesa redonda, enfocada en la eficiencia en la gestión de los procesos logísticos hospitalarios, el subdirector de Logística y Compras de la Plataforma Logística Sanitaria de Huelva, Sergio Casas, expuso su proyecto de centralización de compras en el que se optó por buscar la eficiencia de los procesos logísticos. “Antes las compras estaban muy dispersas, ahora están centralizadas provincialmente, ha sido una evolución muy drástica”, señaló.

El subdirector de Gestión del Hospital Francesc de Borja en Gandía, Salvador Martínez, desarrolló el traslado de este centro en su exposi-

ción. Según sus palabras, “ahora el hospital tiene almacenes automáticos, menos errores, gestión eficiente, cadena de suministros, control eficiente de *stocks* y formación de los usuarios en todo el proceso”.

Por su parte, Luis Torán, jefe de servicio de suministros del Departamento de Salud de Valencia del Hospital Arnau de Villanova-Lliria abordó el cambio de sistema que se hizo en su hospital por la necesidad de innovar, adaptar y actualizar. “Los buzones con tecnología RFID han reducido la dedicación del personal sanitario y administrativo y permite la gestión de stock de material sin intervención del personal de enfermería”, concluyó.

Las Noticias de la **QUINCENA**

15 de septiembre 2016 - 30 de septiembre 2016

Ricardo De Lorenzo y Montero distinguido por el Consejo de la Abogacía Española

El Consejo General de la Abogacía Española en la reunión del pleno del pasado 28 de Julio, y presidido por la Excm. Sra. Victoria Ortega Benito, acordó por unanimidad la concesión de la Medalla al Mérito en el Servicio de la Abogacía Española a D. Ricardo De Lorenzo y Montero, solicitada por la Junta de Gobierno del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid, a propuesta del presidente de la Fundación Méjica a la que se han sumado la Organización Colegial de Enfermería y la Organización Médica Colegial de España, “en atención a sus reconocidos méritos profesionales en el mundo de la Abogacía, que han trascendido el ámbito nacional en el campo del Derecho Sanitario y por su contribución en el asesoramiento, defensa y difusión de lo jurídico-legal entre los profesionales sanitarios y las entidades y corporaciones donde se encuadran”.

La referida distinción, máxima, que puede recibir un abogado en su carrera profesional, es concedida por el Pleno del Consejo General de la Abogacía Española, previo

expediente, iniciado a propuesta de al menos cinco decanos, antiguos decanos o eméritos, miembros o miembros eméritos del Consejo General de la Abogacía, en el que se harán constar los méritos contraídos por el propuesto al servicio de la Abogacía y sus organizaciones colegiales.



Ricardo De Lorenzo, socio-director en De Lorenzo Abogados, y presidente de la Fundación De Lorenzo, es doctor en Derecho y académico correspondiente tanto de la Academia de Jurisprudencia y Legislación, como de la Real Academia Nacional de Medicina, profesor de Derecho Sanitario en la Facultad de Medicina de la Universidad CEU San Pablo, director y profesor del Máster Universitario en Derecho Sanitario de la Universidad CEU San Pablo de Madrid, autor de más de una treintena de libros y numerosas publicaciones en editoria-

les nacionales y extranjeras, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario, y miembro del Consejo Editorial de *New Medical Economics*.

A.M.A. sitúa su seguro de automóvil como el segundo mejor valorado del sector

Los seguros de automóvil de A.M.A., la Mutua de los Profesionales Sanitarios, son los segundos mejor valorados del sector, según la última edición del Índice Stiga de Experiencia de Cliente (ISCX), el mayor estudio independiente de satisfacción de los consumidores, elaborado a partir de 17.000 opiniones repartidas por toda España sobre 22 sectores de gran consumo.

De las catorce grandes aseguradoras nacionales de automóviles analizadas en el estudio, ISCX otorga a A.M.A. el segundo mejor nivel de compromiso de toda la muestra, con 34,69 puntos porcentuales sobre cien, solo por detrás de los 36,23 puntos obtenidos por el ganador.

La puntuación ISCX incluye el porcentaje de clientes que declaran sin reservas su satisfacción por el producto, se muestran fieles al mismo y están predispuestos a recomendarlo. Es decir, en el caso de la Mutua de los Profesionales Sanitarios, un promedio de 34,69 personas de cada cien están satisfechas con sus seguros de automóvil A.M.A., son usuarios fieles de los mismos y se los recomiendan a terceros.

El Índice Stiga evalúa las opiniones a partir de tres vectores: imagen, precio y calidad percibida. Sobre ellos calcula el grado de satisfacción, que a su vez cruza con los niveles de fidelidad y prescripción de los usuarios, lo que da origen al nivel de calidad percibida, ISCX.

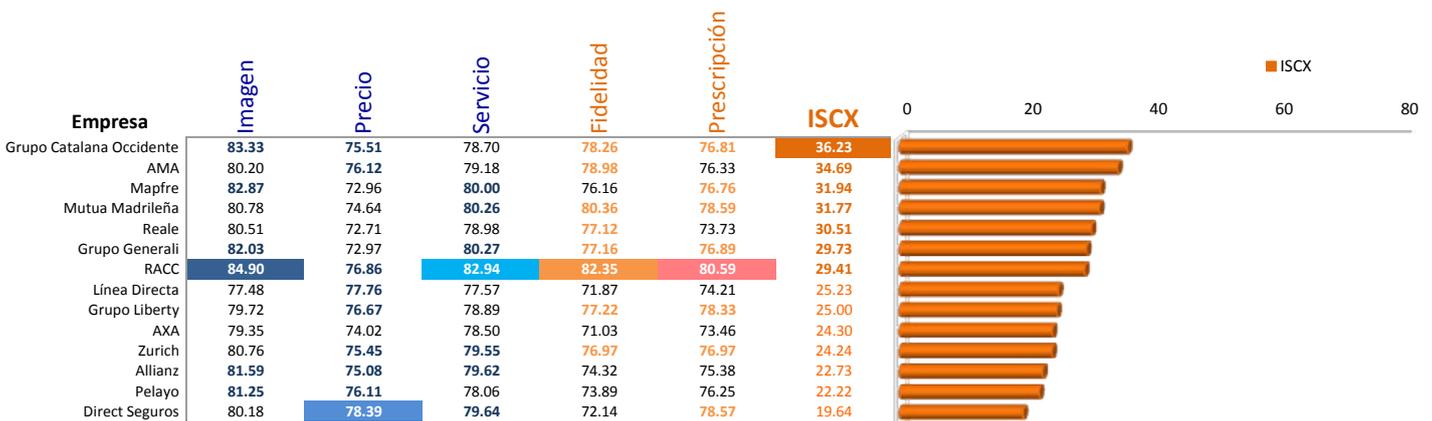
A.M.A. es la única compañía especializada en ofrecer todo tipo de seguros para los profesionales sanitarios y sus familiares. Ha cumplido 51 años fiel a esa especialización, y en ese tiempo, se ha consolidado entre las grandes mutuas de seguros españolas, con más de 600.000 asegurados activos.

ISCX | jun 2016 | Seguros del Automóvil



POSICIONAMIENTO DE EMPRESAS

Acumulado interanual



xxx.xx

Mejor resultado por variable

xx.xx

Dato superior a la media Global/Sectorial

xx.xx

Dato inferior a la media Global/Sectorial

La inactividad física, causa directa del 30% de infartos y anginas de pecho

Más de 4.000 personas han respondido a la llamada de la Fundación Española del Corazón (FEC) participando en la VII Carrera Popular del Corazón para reivindicar la importancia de practicar ejercicio físico como medida de prevención de la enfermedad cardiovascular.

Según la Organización Mundial de la Salud, la inactividad física es ya el cuarto factor de riesgo de mortalidad, causante del 6 por ciento de las muertes que se producen en el mundo y del 30 por ciento de las cardiopatías isquémicas (infarto y angina de pecho). A pesar de estos alarmantes datos, todavía existe un 60 por ciento de la población mundial sedentaria. En España, y según la Encuesta Nacional de Salud, es el 35,86 por ciento de los hombres y el 46,64 por ciento de las mujeres los que se consideran sedentarios.

En cambio, existe mucha evidencia científica que demuestra los beneficios de la práctica de actividad física. Según la World Heart Federation, realizar 150 minutos a la semana de ejercicio moderado o una hora de ejercicio vigoroso, puede reducir hasta en un 30 por ciento el riesgo coronario.

“Desde la Fundación Española del Corazón luchamos para que vivir de forma saludable sea una prioridad de la población”, explica el Dr. Macaya, presidente de la FEC. “Los beneficios cardiovasculares en la práctica de la actividad física son innegables: mejoran la estructura y la función tanto del corazón como de los vasos sanguíneos, contribuyendo a reducir la presión arterial y la frecuencia cardíaca, los niveles de colesterol, disminuyendo el peso graso y facilitando el control de los niveles de glucosa. Seguir un estilo saludable no es solo beneficioso



para el cuerpo sino que también mejora nuestro estado de ánimo y la percepción de nosotros mismos, tal y como dice la conocida cita latina *mens sana in corpore sano*”.

Los beneficios de la actividad física existen en todas las edades. Así, un estudio presentado en el último Congreso Europeo de Cardiología revela que el ejercicio físico moderado en personas mayores de 65 años disminuye la mortalidad cardiovascular en un 50 por ciento.

Aunque el efecto beneficioso del ejercicio es evidente, el Dr. Macaya avisa de que, “aquellas personas que padezcan algún tipo de enfermedad cardiovascular deben consultar previamente con su médico qué tipo de deporte, y en qué intensidad, pueden practicar. Además todos aquellos que deseen empezar una actividad intensa deben realizarse un chequeo médico previo que descarte cualquier posible enfermedad. En todo caso, la Carrera Popular del Corazón cuenta con tres categorías distintas, la carrera de 10km, que además acaba de ser homologada por la Real Federación Española de Atletismo; la marcha de 4,5km y diversas carreras infantiles, por lo que pueden participar todos los miembros de la familia”, anima el doctor.

La cooperación privada, imprescindible para desahogar la demanda asistencial y reducir las listas de espera

El envejecimiento e inversión de la pirámide poblacional, el aumento de los movimientos migratorios, la innovación constante en diagnóstico y terapéutica y el incremento de la cronicidad suponen una mayor demanda de servicios asistenciales, lo que implica problemas de acceso, equidad, cohesión y financiación que es necesario atajar a través de modelos de colaboración público-privada, adaptación de las estructuras e infraestructuras a la realidad social y poblacional, corresponsabilidad del ciudadano en la gestión de su propia salud, incorporación de las TIC, nuevos modelos de interoperabilidad o incorporación de la innovación basada en la evidencia científica disponible, entre otras iniciativas propuestas desde la Fundación IDIS.



De izda. a dcha.: Manuel Vilches, Luis Mayero y Fernando Mugarza.

Los estudios económicos pronostican que dentro de unos años el gasto sanitario necesario para dar cobertura universal en condiciones de equidad será el doble que en la actualidad. En España el gasto sanitario "per cápita" y en relación al PIB se encuentra por debajo de la media de los países de la OCDE y en términos de reparto "en el quinquenio 2010-2014 la participación del gasto público en el total del gasto sanitario bajó 5,2 puntos porcentuales ya que

pasó de un 75,1 a un 69,8 por ciento en 2014". Por el contrario la participación del gasto privado en el total del gasto sanitario ha pasado del 24,9 al 30,2 por ciento en el mismo periodo de tiempo.

En este contexto y con los retos que nuestro sistema sanitario tiene y que el futuro plantea, "es necesario acometer reformas estructurales inspiradas en la eficiencia, en la calidad asistencial y en la consecución de los mejores resultados de salud posibles teniendo como objetivo la satisfacción del paciente en todos los sentidos. El sector sanitario privado está preparado para afrontar este reto, ya que ha abanderado en los últimos años una apuesta clara por poner en valor toda su aportación a la sociedad a través de su extensa red de centros y profesionales así como a la solvencia y sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto; hemos de tener en cuenta que es uno de los sectores más innovadores del panorama económico y social y es, por lo tanto, un agente indiscutible y necesario para el mantenimiento e impulso del sistema sanitario, tal como este está configurado en nuestro país". Así lo ha manifestado Manuel Vilches, director general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), durante su intervención en el Encuentro con medios de comunicación "Sanidad privada: presente y futuro" que IDIS ha organizado recientemente en Madrid.

España dispone de 450 hospitales privados donde trabajan 244.335 profesionales, con una dotación de cerca de 52.000 camas, el 51 por ciento de las cuales corresponde a grupos hospitalarios, el 44 por ciento, a hospitales independientes y, el 5 por ciento, a compañías aseguradoras. Con estas cifras se estima que nuestro país se sitúa en un nivel intermedio respecto a otros países europeos analizados, tanto en el porcentaje de hospitales privados sobre el número total de hospitales, como en el porcentaje del número de camas privadas sobre el número total.

España, séptimo del mundo en materia de salud



Según se desprende de un estudio internacional publicado en la revista *The Lancet*, y en la que ha participado un equipo de investigadores del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz- Grupo Quirónsalud (HUFJD) liderados por el Dr. Alberto Ortiz Arduan, jefe del Servicio de Nefrología el Hospital y coordinador de la Red de Investigación Renal del Instituto de Salud Carlos III, España ocupa el séptimo lugar del mundo en materia de salud, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible marcados por la Organización de Naciones Unidas (ONU). El estudio, realizado por investigadores de todo el mundo participantes en la iniciativa *Global Burden of Disease* (GBD), analiza el cumplimiento de los distintos países de los citados Objetivos de la ONU en lo referido a la salud de la población, que incluye una serie de objetivos en materia de reducción de mortalidad materna y de recién nacidos, control de patologías como el sida o la tuberculosis; rebaja de los fallecimientos por accidente de tráfico o abordaje del abuso a sustancias adictivas, entre otros muchos.

En este sentido, el estudio sitúa a España en el séptimo lugar del mundo, con 82 puntos sobre, los mismos que Reino Unido, Finlandia y Países Bajos. Lideran la tabla, con 865 puntos,

Islandia, Singapur, y Suecia, seguidos de Andorra, con 83 puntos. Los últimos dos puestos del *top ten* los ocupan Canadá y Australia, con 81 puntos. En el extremo opuesto, los países que están más alejados de los Objetivos de la ONU en materia de salud están situados en su inmensa mayoría en África.

Según esta investigación, la obesidad infantil, el consumo de alcohol y las muertes violentas constituyen las principales amenazas para la salud global atendiendo a los Objetivos de la ONU, mientras que las principales vías de mejora vienen de la mano de una cobertura sanitaria progresivamente más amplia, la reducción de la morbilidad de los menores de 5 años y el acceso a la planificación familiar en muchos lugares del mundo.

En el caso de España, el Dr. Ortiz señala que el punto más alejado de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es la prevalencia de obesidad (33 puntos cuando la mejor puntuación sería 100); seguido del tabaquismo (47) y la infección por VIH (49). En un punto intermedio estaría el abuso del alcohol (57) y los suicidios (69). "Estas podrían considerarse las asignaturas pendientes que requieren un mayor esfuerzo desde el punto de vista sociosanitario", indica el especialista.

La consulta del Dr. Vicente Paloma, del Centro Médico Teknon, primer centro de cirugía plástica y estética de Cataluña que obtiene la acreditación Sanidad Excelente (SEP) de excelencia empresarial y calidad asistencial

La consulta del Dr. Vicente Paloma, servicio de cirugía plástica y estética del Centro Médico Teknon, ha obtenido la acreditación Sanidad Excelente (SEP), de gestión de calidad asistencial y seguridad del paciente, que lo convierte en el primer servicio de cirugía plástica y estética de Cataluña que lo obtiene.

SEP es el único modelo español de acreditación de la calidad sanitaria reconocido internacionalmente por la Fundación Europea EFQM de Bruselas y por la *International Society for Quality in Health Care* (ISQua).

Con esta acreditación, la consulta del Dr. Vicente Paloma ve recompensado el compromiso por la excelencia y la calidad de sus trabajadores, con el fin de revertir en una asistencia segura y atención excelente para sus pacientes.



Este compromiso con la calidad se ha visto reforzado con la obtención del certificado ISO

9001:2015, que reconoce su Sistema de Gestión de Calidad y que redundará en una mejora de sus procesos y en asegurar la calidad, seguridad y fiabilidad de todas sus actividades.

Según ha declarado el Dr. Vicente Paloma, “nuestro compromiso con la calidad y la exce-

lencia siempre ha sido una constante presente en nuestro trabajo y, con estas acreditaciones, no sólo lo hemos hecho visible sino que también hemos demostrado el esfuerzo e implicación de nuestros profesionales por ofrecer el mejor servicio a nuestros pacientes, que es nuestro objetivo prioritario”.

ENCUESTA:

¿Ve usted con optimismo el crecimiento tan fuerte de exportación de productos farmacéuticos desde España?

55%

Sí, por el alto grado de desarrollo tecnológico de nuestra industria nacional

37%

Sí, por nuestras excelentes relaciones tradicionales con América Latina y los Países Árabes

8%

No, porque se basa exclusivamente en costes de producción bajos, y por tanto no aporta sostenibilidad

Según se desprende de los resultados de la última encuesta realizada por *New Medical Economics*, el 55 por ciento de los encuestados ha manifestado su optimismo por el crecimiento tan fuerte de exportación de productos farmacéuticos desde nuestro país por el alto grado de desarrollo tecnológico de nuestra industria nacional. Un 37 por ciento también es optimista, pero por nuestras excelentes relaciones tradicionales con América Latina y los Países Árabes. Sin embargo, un porcentaje muy bajo, un 8 por ciento, no es optimista, ya que piensan que el crecimiento tan fuerte de exportación de productos farmacéuticos desde España se basa de manera exclusiva en costes de producción bajos, y por tanto no aporta sostenibilidad.

N O M B R A M I E N T O S

En Cataluña, **Roser Vallés**, miembro del Consejo Editorial de *New Medical Economics*, ha sido designada Responsable de la Promoción de la Donación, Banco de Sangre y Tejidos de la Consejería de Sanidad de esta comunidad.

En el ámbito farmacéutico, **Marta García Collía**, vocal de Analistas Clínicos del Consejo General de Farmacéuticos ha sido elegida Vicepresidenta de la sección de Biología Clínica de la Federación Internacional Farmacéutica; **Enrico Jo**, con más de 20 años de experiencia en Reig Jofre ha sido nombrado Académico de la Real Academia de Farmacia de Cataluña; **Emma Walmsley** ha sido designada CEO de GSK; y **Roberto Tascione** ahora es un nuevo CEO de la farmacéutica Zambon.

En cuanto a las sociedades, cabe destacar el nombramiento de **María Ángeles Figuerola** que ahora asume la Dirección del Sistema Español de Verificación de Medicamentos (Sevem); y el de **Carmen Vives**, que ha sido nombrada Presidenta de la Sociedad Española de Epidemiología.

Por otro lado, también son reseñables los nombramientos de **Rafael Beltrán**, que ha sido nombrado Director Financiero y de Desarrollo Corporativo de HM Hospitales; el de **Eva Bermejo**, que ha sido reelegida Presidenta del Centro Internacional de Vigilancia de Defectos Congénitos; el de **Stéphane Kerrien**, nuevo CEO de iHealth para Europa, Oriente Medio y África; y el de **Dirk Mentzer** que ha sido reelegido como Presidente del Comité Pediátrico de la EMA.



Changing tomorrow

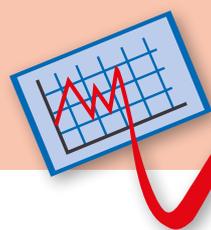


Astellas aspira a cambiar el mañana. A través de nuestro compromiso de ofrecer a los pacientes la esperanza de un futuro mejor, queremos liderar el camino en las áreas terapéuticas donde ya somos expertos, concentrándonos en aquellas necesidades médicas que aún no han sido satisfechas. Astellas, en su búsqueda constante de la innovación, continuará identificando y desarrollando nuevas formas de mejorar la salud de los pacientes.

Aspiramos a descubrir las soluciones médicas del futuro para los problemas de salud de hoy. Astellas tiene el compromiso de alcanzar el éxito que conlleva cambiar el mañana.

ONCOLOGÍA
TRASPLANTE
UROLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ANTI-INFECICIOSOS
DOLOR

 **astellas**
Leading Light for Life



Economía

Bayer compra la estadounidense Monsanto por 59.000 millones



La compañía alemana de químicos y cuidado de la salud, Bayer, se ha ganado definitivamente el respaldo del consejo de administración de Monsanto, que tras rechazar varias veces las propuestas de operación de la multinacional alemana ha acabado aceptando su última oferta de compra. Bayer, para adquirir la mayor empresa de semillas del mundo, ha ofrecido 128 dólares por acción, lo que supone que ha cerrado la compra de Monsanto por 66.000 mi-

llones de dólares (58.776 millones de euros), una operación cuyo objetivo es crear la mayor compañía de semillas y fertilizantes del mundo.

Las compañías han acordado también una indemnización de unos 1.800 millones de euros en caso de que no se concrete un acuerdo que podría cerrarse para finales del 2017. Las acciones de Bayer extendían sus ganancias a un 1,8 por ciento nada más conocerse la noticia.

El País Vasco invierte en Sanidad un 50% más que en Andalucía

Las diferencias en financiación y recursos sanitarios siguen aumentando entre regiones. Así, Andalucía gasta en Sanidad 1.048,57 euros por habitante, un 50 por ciento menos que el País Vasco (1581,09) o Asturias (1.587,77), las que más dinero destinan por ciudadano. Estas diferencias también se aprecian en la percepción ciudadana sobre los servicios sanitarios, así como en los recursos con los que cuenta cada región: desde el número de camas, pasando por el número de profesionales (médicos, enfermeras...) por cada 1.000 habitantes, hasta las listas de espera. "El presupuesto es bastante determinante si se mantiene a medio plazo. Pero no siempre las que menos gastan son las que peores servicios ofrecen. Algunas comunidades gastan menos en farmacia, por ejemplo, y tienen para gastar más en otros servicios", señala Marciano Sánchez Bayle, portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), que presentó recientemente el XIII informe *Los Servicios Sanitarios de las CCAA*.

El informe, que se realiza desde 2004, valora los servicios sanitarios de las distintas regiones en función de 28 parámetros, entre ellos el gasto per cápita por comunidades, las camas por 1.000 habitantes, el gasto farmacéutico, la satisfacción de los usuarios según el Barómetro Sanitario, la privatización de los servicios sanitarios o las listas de espera. La puntuación máxima posible es de 106 puntos y la mínima, 26. La media obtenida por todas las regiones es 65,7, con un rango de confianza para la media de entre 59,79 y 71,62.

Siguiendo esos criterios, el informe establece que las comunidades con mejores servicios sa-

nitarios son Navarra (83 puntos), Aragón (82) y País Vasco (82). Las regiones con servicios sanitarios regulares son Castilla y León (73), Asturias (69), Castilla-La Mancha (68), Extremadura (68), Galicia (68) y La Rioja (68). Les siguen Cantabria (64), Madrid (62), Baleares (60) y Andalucía (57), consideradas con servicios sanitarios deficientes, y cierran la clasificación Cataluña (55), Murcia (55), Canarias (49) y Valencia (46).

En el presupuesto influyen también otros muchos factores, como el envejecimiento de la población -las personas mayores usan más los servicios sanitarios- o la dispersión: las regiones con superficie más pequeña y mucha densidad de población no tienen que mantener servicios que no se justifican, explica Sánchez Bayle. "Por eso usamos muchos criterios para medir las diferencias y lo que vemos es que hay un retroceso general del sistema sanitario de 2009 a 2015, tanto el funcionamiento del propio sistema como la percepción ciudadana han bajado [ésta en 10 puntos]".

El portavoz de la FADSP indica que las diferencias entre comunidades son excesivas desde hace años y el esfuerzo para reducirlas se puede hacer de varias formas. "Incrementando los fondos de cohesión para atender a esas desigualdades; haciendo un plan de salud a nivel nacional con fondos específicos; o estableciendo un mecanismo de financiación finalista. Hasta ahora, una comunidad recibe una cantidad para todos los servicios que tiene transferidos y decide cómo distribuirlos. Con este mecanismo habría un presupuesto sólo para Sanidad, lo que reduciría la enorme disparidad en financiación".



Innovación y nuevas tecnologías

La explotación de grandes fuentes de datos en salud: oportunidades, retos y límites

JAVIER CARNICERO GIMÉNEZ DE AZCÁRATE

Los sistemas de salud de los países occidentales se enfrentan a las ya conocidas dificultades del envejecimiento de la población cuya consecuencia es el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas; el aumento de la frecuentación de los servicios asistenciales; el mayor gasto por las nuevas tecnologías sanitarias; y las demandas de mejora de la calidad. Todo ello en una situación de crisis económica y reducción del gasto público. Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) resultan imprescindibles para garantizar la sostenibilidad del sistema.

Los sistemas de salud deben superar la mera evaluación de actividad y coste, y perseguir resultados que tengan sentido tanto para el paciente como para la sociedad, por intangibles o difíciles de ponderar que sean estos resultados. Para garantizar la sostenibilidad del sistema es imprescindible superar los conceptos de eficacia y coste, y evolucionar hacia los conceptos de efectividad, eficiencia y calidad. Todo ello requiere un esquema de organización diferente al tradicional y habitual en el sector sanitario. Este nuevo esquema contempla una organización que esté enfocada al paciente, orientada a la consecución de los resultados que se hayan definido previamente en los objetivos generales, que elimine lo innecesario, que delimite claramente competencias y responsabilidades, y que reduzca costes allá donde sea posible y razonable.

Por otra parte, esta propuesta de organización que contribuye a la consecución de objetivos que importan tanto a la sociedad como a los pacientes, requiere financiación, dedicación de profesionales, tiempo para la incorporación de tecnologías médicas y de la información, gestión del cambio y un potente sistema de información que se incorpore a la cadena de valor

del sistema de salud. Como es bien conocido, la actividad sanitaria es muy intensiva en el consumo, generación y tratamiento de información, sobre todo de aquella de naturaleza clínica, y por lo tanto exige contar con instrumentos de la debida potencia para satisfacer esta necesidad.



Se puede afirmar que la incorporación de las TIC al sistema de salud ya ha tenido como resultado principal una mejora de la eficacia, consecuencia de la automatización total o parcial de los procesos; aunque todavía se debe profundizar para mejorar su contribución a la calidad y eficiencia. Esta mejora de calidad y eficiencia del sistema de salud requiere que las TIC se orienten a apoyar la gestión clínica, en pos de la mejora de los resultados de la atención sanitaria de forma personalizada en cada uno de los pacientes. Una información más accesible y más fácil de interpretar debería mejorar los resultados y también reducir costes. Sin embargo, para conseguir estos objetivos se requiere, aunque resulte obvio decirlo, que los datos que se procesen sean válidos, relevantes y precisos.

Las tecnologías que existen en la actualidad permiten la explotación de grandes cantidades de datos que se han originado precisamente gracias a la incorporación de esas mismas tecnologías al sistema de salud. Esta explotación de datos, que se conoce habitualmente como

“Big Data”, debe concebirse y articularse como un apoyo expreso a la consecución de los objetivos generales del sistema de salud que, como ya se ha reiterado, deben tener significado en primer lugar para los pacientes y en segundo para la sociedad. Por lo tanto, el primer objetivo de la explotación de grandes conjuntos de datos debería ser proporcionar la mejor información disponible a quienes toman decisiones relacionadas con la asistencia sanitaria, en especial los médicos, de manera que esta información les ayude a tomar la decisión más adecuada en cada situación.

Por otra parte, la explotación de grandes bases de datos de salud debe dirigirse también a prever las necesidades de los pacientes y planificar de forma anticipada los servicios que podrían requerir. El ejemplo más evidente de este tipo de análisis son los estudios dirigidos a detectar los pacientes crónicos, planificar su asistencia, gestionar el proceso de atención de forma personalizada y conseguir así una mejora de los resultados clínicos, lo que tendrá sentido tanto para el paciente como para el sistema de salud. Por ejemplo, las grandes compañías de venta por Internet explotan los datos de sus clientes para personalizar las ofertas comerciales que les envían. De modo similar, aunque desde luego con una finalidad bien distinta, los sistemas de salud deberían aprovechar las oportunidades que ofrecen las TIC para personalizar los servicios que necesitan sus pacientes.

Este cambio de enfoque puede resumirse en que lo más importante no es disponer de la información, algo que ya sucede, sino que lo substancial es la capacidad para formular las preguntas adecuadas en el momento oportuno, procesarlas para ofrecer sólo la información necesaria y relevante, y presentarla al profesional de modo que pueda interpretarla de forma correcta, rápida y sencilla para tomar una decisión acertada. Todo ello se dirige también a que los clínicos, los directivos y demás profesionales de salud conozcan el grado de cumplimiento de los resultados que se esperan de ellos, y sobre todo, si sus pacientes están recibiendo la atención apropiada y en tiempo oportuno. Esta es la gran aportación de valor de las TIC y de la explotación de grandes bases de datos: facilitar el proceso asistencial, la toma de decisiones tanto clínicas como de gestión, y la evaluación de los resultados, de manera que se contribuya a alcanzar los objetivos finales de la organización.

**LAS TECNOLOGÍAS
QUE EXISTEN EN LA
ACTUALIDAD PERMITEN LA
EXPLORACIÓN A GRANDES
CANTIDADES DE DATOS
QUE SE HAN ORIGINADO
PRECISAMENTE GRACIAS A
LA INCORPORACIÓN DE ESAS
MISMAS TECNOLOGÍAS AL
SISTEMA DE SALUD**

La explotación de grandes conjuntos de datos en salud tiene limitaciones que se concretan en la normativa vigente en materia de protección de datos, en virtud de la cual esta información goza de la máxima protección. Las leyes son el reflejo de los valores, creencias y culturas imperantes en la sociedad en un momento dado, por lo que en primer lugar deben tomarse en consideración los aspectos bioéticos de esta explotación de datos, y después los requisitos legales. Aunque la tecnología puede albergar las claves para la transformación del modelo de los sistemas de salud y el aseguramiento de su calidad y sostenibilidad, el aprovechamiento de este potencial no puede nunca estar reñido con el respeto a los principios fundamentales de la ética profesional del sector sanitario. Los aspectos bioéticos incluyen los conceptos de precisión y validez de los datos; de privacidad, confidencialidad y consentimiento.

La Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) ha publicado un informe en la que se analizan con detalle todos estos aspectos relacionados con la explotación de grandes fuentes de datos de salud; es decir, los retos a los que se enfrenta el sistema de salud, las oportunidades que ofrecen las TIC y la explotación de grandes fuentes de datos, y los límites éticos, legales y tecnológicos que deben tenerse en cuenta en todo momento.

**COORDINADOR DE LOS INFORMES SEIS (SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE INFORMÁTICA DE LA SALUD)
PARA CONTACTAR: JCARNICERO@SEIS.ES**



Todo empieza con una promesa: Descubrir medicamentos que mejoren la vida.

Durante 139 años hemos trabajado sin descanso para desarrollar y producir medicamentos de confianza que satisfagan necesidades reales, y hemos encontrado la manera de conseguirlo pase lo que pase. Desde el desarrollo de la insulina hasta el descubrimiento de nuevos tratamientos para enfermedades mentales, hemos sido pioneros en la lucha contra algunas de las enfermedades más tenaces y devastadoras. Hoy seguimos aportando esa misma determinación y unimos nuestra experiencia a la creatividad de nuestros socios investigadores en todo el mundo para seguir buscando maneras de mejorar la vida de las personas.

Lilly

Sanidad Autonómica

Cataluña

Cataluña incorpora la detección de la Inmunodeficiencia Combinada Grave en el cribado neonatal

El consejero de Sanidad de Cataluña, Antoni Comín, ha informado de que la Comunidad incorporará, en 2017, la detección de la Inmunodeficiencia Combinada Grave en el cribado neonatal, una enfermedad genética del sistema inmunitario que afecta anualmente en Cataluña entre uno y cuatro bebés, los conocidos como 'niños burbuja'.

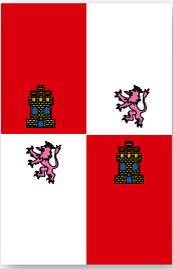
"A partir de enero del 2017, se incrementa la posibilidad de salvar la vida de los conocidos como 'niños burbuja'", explicó Antoni Comín. El consejero también destacó que "con la incorporación de la nueva patología se hace patente el compromiso del Departamento hacia las enfermedades minoritarias".

Comín añadió que "Cataluña es pionera porque tenemos una gran alianza entre asociaciones de pacientes, profesionales, sociedades científicas e instituciones". Esto permitió, agregó el consejero, impulsar y culminar los estudios de evaluación de la nueva prueba de que la Secretaría de Salud Pública había iniciado hacía dos años.

La subdirectora general de Promoción de la Salud de la Comunidad, la Dra. Carmen Cabezas, afirmó por su parte que "se espera diagnosticar entre 1 y 4 pacientes cada año y que, por tanto, se avala el coste-efectividad de la medida". La inclusión de esta nueva prueba en el programa supone un coste aproximado de 500.000 euros anuales.

Además, según un estudio de coste-efectividad realizado por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (Aqua), se estima que el cribado de esta enfermedad representa un aumento del 40 por ciento de la probabilidad de supervivencia de los recién nacidos afectados.





Castilla y León Castilla y León pacta medidas con los sindicatos para fomentar la prevención de riesgos laborales



La Junta de Castilla y León ha pactado 46 medidas con los sindicatos Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), Unión General de Trabajadores (UGT), Sindicato de Enfermería y Federación de Sindicatos de Educación y de Sanidad (SATSE-FSES), y Unión Sindical de Auxiliares de Enfermería (USAE) para "fomentar una cultura preventiva de riesgos laborales".

Este acuerdo de la Consejería de Sanidad, por mediación de la Gerencia Regional de Salud, con las citadas organizaciones sindicales se tradujo en la aprobación de las Estrategias de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales para el periodo 2016-2020, que sustituyen a las del espacio 2011-2015.

El objetivo de este plan es "establecer estrategias que permitan avanzar en la integración de la prevención, alcanzar una verdadera gestión de la misma y fomentar una auténtica cultura preventiva", subraya la cartera sanitaria del Ejecutivo de Castilla y León. "Entre las 46 medidas destaca la creación del sello de 'Unidad de Gestión Preventiva'", concluye.



Castilla-La Mancha La OPE de Castilla-La Mancha sigue adelante

El Gobierno de Castilla-La Mancha seguirá adelante con la Oferta Pública de Empleo (OPE) sanitaria y mantendrá las 1.030 plazas previstas, a pesar del posible recurso contencioso-administrativo que podría interponer el Gobierno central y, consecuentemente, aprobará durante este mes el temario para dichas oposiciones, cuya convocatoria está prevista para el primer trimestre de 2017.

Así se lo ha transmitido a los sindicatos durante una reunión extraordinaria de la Mesa Sectorial de la Sanidad el director general de Recursos Humanos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), Íñigo Cortázar. Este mes de octubre también se sabrá si el Gobierno central toma medidas, ya que el requerimiento, remitido a la Consejería de Hacienda a través de un burofax, da un mes de plazo a la Junta para que se modifique la oferta y añade que, en caso contrario, se darán órdenes a la Abogacía del Estado para que interponga recurso.

Cortázar ha informado a los sindicatos en detalle sobre el contenido del mencionado buro-

fax. El recorte de plazas que exige el Gobierno asciende en concreto a 349 plazas, según ha detallado. Además, ha ofrecido a los representantes de los trabajadores la colaboración del Gobierno regional para que puedan tomar medidas jurídicas de manera conjunta, si finalmente se produce el recurso, como ya se hizo con la impugnación por parte del Gobierno Central con la jornada laboral.

Según ha explicado el presidente del Sindicato Médico de Castilla-La Mancha, la reunión ha servido para escenificar la unión de los sindicatos con el gobierno regional en defensa de la OPE. Al término de la misma, todas las partes han firmado un manifiesto conjunto censurando la actuación del Gobierno central.



Biblioteca

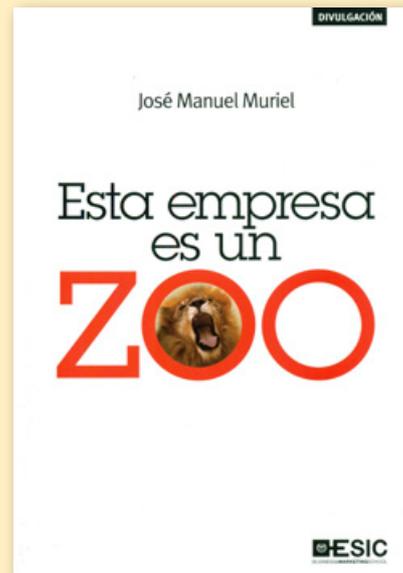


Esta empresa es un ZOO

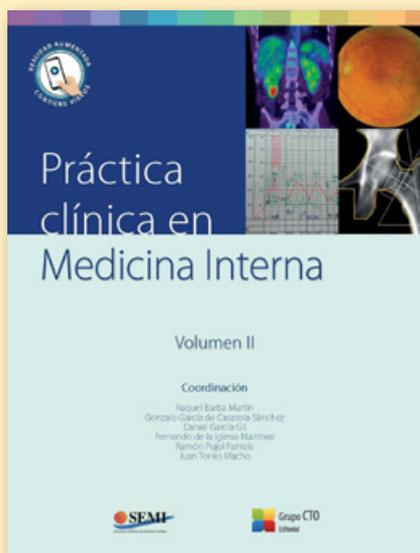
José Manuel Muriel

El libro establece en sus páginas una divertida comparación, entre los animales de un zoológico y los distintos tipos de personas que puedes encontrar en el ámbito empresarial. Siempre en clave de humor y con una dosis elevada de ironía. Clasifica a los animales en 3 grupos. Depredadores, Neutros y Poderosos y explica cómo puedes reconocerlos y como debes comportarte con ellos.

El autor emplea un estilo sencillo, casi de cuento infantil que, con la parte grafica que acompaña a cada animal, contribuye a facilitar el mensaje que pretende mostrarnos.



Práctica Clínica en Medicina Interna



Este libro aborda enfermedades y problemas médicos frecuentes en la práctica diaria y está dirigido, principalmente, a residentes y es-

pecialistas jóvenes en Medicina Interna. Esta obra tiene como objetivos principales mejorar la formación continuada de los profesionales sanitarios y la atención a los pacientes. Así lo indica el Dr. Gonzalo García de Casasola, uno de los coordinadores del libro, que señala que “aunque la Medicina Interna abarca un amplio campo de conocimientos, nuestro fin no ha sido la elaboración de un tratado clásico sobre ello, sino una obra práctica que facilite la toma de decisiones para los profesionales en las enfermedades más habituales y mejore así la asistencia al paciente”.

Los contenidos seleccionados se organizan en 61 capítulos agrupados en diez módulos, y en ellos aparecen representados la mayoría de grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), además de capítulos esenciales de la medicina actual. Entre ellos cabe destacar los que abordan la gestión clínica, la seguridad del paciente, la bioética, los aspectos legales de la práctica médica, la medicina consultiva o el abordaje del paciente crónico complejo o con patología psicosomática.



ROVI

**Investigando para
crecer en *salud***



www.rovi.es