

SECTOR II

NOTICIAS

Atención Primaria | Hospital Universitario Miguel Servet

revista.sectorII@salud.aragon.es

N.º 8 | Abril 2009

salud
servicio aragonés
de salud



 **GOBIERNO
DE ARAGON**



1 El pasado marzo se celebró un emotivo homenaje a los trabajadores que el año 2008 cumplieron 25 años de servicio en el Hospital. 2 Médicos del servicio de Otorrinolaringología del HUMS presentaron una nueva técnica para tratar, sin necesidad de abrir al paciente, casos de sinusitis. 3 Facultativos de Urgencias de todos los hospitales de Aragón se reunieron en el salón de actos Muñoz y Fernández en una sesión científica de SEMES Aragón. 4 Un grupo de estudiantes de 2.º de Bachillerato del Colegio Compañía de María recorrieron el hospital para conocer las distintas profesiones sanitarias y no sanitarias. 5 El equipo de atletismo participó en la Carrera del Ebro, el pasado 15 de marzo. 6 La consejera de Salud y Consumo, Luisa María Noeno, participó el pasado 16 de marzo en Inforsalud 2009, el XII Congreso Nacional de Informática de la Salud, que se tituló *Hacia el acceso electrónico a los Servicios de Salud y Sociosanitarios*.

Consejo de Redacción Noticias del Sector II:

Ana M.ª Sesé (Gerente de Sector) • Venancio Palacios (Comité de Ética Asistencial) • José Ignacio Labarta (Comité de Investigación) • Jesús Goicoechea (Servicio de Prevención de Riesgos Laborales) • Pilar Paúl (Psicóloga) • Juan R. García Mata (Unidad de Calidad Asistencial - UCA) • Pilar de Paz (Dirección de Enfermería del HUMS) • M.ª Teresa Tolosana (Dirección de Enfermería AP) • Luis Fernando Badía Gay (Subdirección de Gestión del HUMS) • Mar González (Biblioteca) • Fidel Ledesma (Ingeniería y Mantenimiento) • Miguel Valtueña (Personal) • Pachica García Inda (Departamento de Relaciones Institucionales) • María Vidal (Gabinete de Comunicación del Gobierno de Aragón)

Redacción y Coordinación:

Pachica García Inda, María Vidal, Fotype
 Paseo Isabel la Católica, 1-3 - 50009 Zaragoza - Teléfono 976 76 55 14

Fotografía: Antonio Gracia

Diseño y maquetación: Fotype Comunicación Gráfica

Depósito legal: Z-1.227/2007

Impreso en papel libre de cloro

En la portada, Alicia Viñas, de 11 años, y Daniel Lozano, de 9, con Mickey Mouse, a quien ayudaron en febrero a cortar la cinta de inauguración de las áreas decoradas por Disney en el Infantil.

El paciente, centro del sistema

La complejidad de los actuales tratamientos multidisciplinares está obligando a aplicar cambios considerables en la atención al paciente, que ya no puede ser enviado de consulta en consulta por su enfermedad. El paciente es el centro del sistema y ante él debe girar toda la actuación sanitaria. El sistema mostrará una organización eficiente si es capaz de gestionar adecuadamente toda la asistencia que requiere cada usuario. Es la llamada Gestión por Procesos, un reto de calidad que impulsa el Sector II en una clara apuesta por una Sanidad de futuro. En esa línea llevan trabajando ya varios años el equipo directivo, servicios médicos del Hospital, centros de Atención Primaria, Enfermería, Gestión e Informática.

Tradicionalmente se ha considerado el servicio o la unidad como la base funcional de orientación al paciente, donde acudía buscando asistencia. Si se trataba de una enfermedad compleja, el usuario recorría varios servicios según le remitían de uno a otro. En la Gestión por Procesos se trabaja el itinerario que debe hacer el paciente en el seguimiento de una enfermedad determinada para

lograr la mayor eficacia con las menores demoras y molestias. Se trata de un nuevo concepto que percibe la organización sanitaria como un sistema interrelacionado de procesos orientados a conseguir los mejores resultados en términos de salud y la satisfacción de los pacientes. El objetivo es mejorar la atención con calidad, al ganar tiempos de espera, optimizar pruebas y prestar una mayor continuidad de cuidados. El usuario, por su parte, no siente desorientación y percibe una mayor sensación de coordinación. Pero para lograr todo ello es preciso el apoyo directivo, la implicación de todos los profesionales y el respaldo al gestor del proceso, además de una apuesta firme de recursos y el consenso en claras líneas de trabajo, como el Reglamento ya finalizado para la Gestión por Procesos, la documentación del sistema o los planes de implantación. Es necesaria, además, una alta capacidad de versatilidad por parte de nuestros profesionales. Así lo están demostrando muchos de ellos. Ya han comenzado a funcionar varios procesos. Son más de 16, cada uno de ellos en distinta fase de evolución.

SUMARIO



4	Noticias	15	Gestión Sostenible
8	Noticias de Enfermería		Pequeños gestos para conseguir un mundo mejor
10	Educación para la Salud	16	Calidad
	“La población debe disponer de una información sobre diabetes sin sesgos de ningún tipo”		“Nos debemos organizar para que el enfermo reciba la mejor atención con el máximo confort”
11	Entrevista	17	Bioética
	Salvador Laglera Trébol		Cambios en la relación médico-paciente
12	Personal	18	Formación
	Elecciones de la Comisión Técnico Asistencial		Balance del primer año de funcionamiento del Pabellón Docente
13	Plan de Sugerencias	19	Biblioteca Médica (HUMS)
	El Hospital pide instalar un paso de peatones a la salida del edificio de consultas		Nuevo blog de la Biblioteca Médica
14	Investigación	20	Asociaciones
	La perspectiva de género, clave para investigar en salud		Asociación de Padres de Niños Oncológicos de Aragón
15	Prevención de Riesgos	21	Cooperación
	Residuos sanitarios		Formación en la República Dominicana
		23	Varios

AGRADECIMIENTOS

A Ramón Galbe y Antonio Gracia, por sus fotografías. A los autores de los artículos, por su colaboración.

Los continuos avances en Medicina exigen un abordaje multidisciplinar de cada caso. El Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, en marcha desde 1996, es un ejemplo de cómo el trabajo en equipo permite mejorar los tratamientos y acortar los tiempos de atención y, por tanto, lograr que todo ello redunde en favorecer la atención al paciente.

“EN oncología de Cabeza y Cuello uno solo ya no puede hacer nada, tenemos que trabajar en grupo, en cada caso debemos implicarnos varios equipos si queremos realizar una medicina de calidad”. El secretario del Comité de Tumores de Cabeza y Cuello (CTCC) del HUMS, el otorrino Félix de Miguel, explica la necesidad de trabajar en equipo para ofrecer al paciente las mejores opciones terapéuticas. “Una sola especialidad no tiene sentido, tenemos que coordinarnos entre muchas”, comenta el oncólogo Javier Martínez Trufero.

El CTCC comenzó su andadura en 1996 y desde entonces llevan 1.600 casos clínicos. Facultativos de los servicios de Anatomía Patológica, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Plástica y Reparadora, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología y Radiodiagnóstico se reúnen todos los martes para presentar y discutir los casos clínicos oncológicos y, con todos los datos expuestos,

El Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, un ejemplo de trabajo en equipo



tomar una decisión colegiada que vincule el manejo de estos pacientes en el tratamiento y el seguimiento de los mismos.

Uno de los primeros **objetivos del comité** fue acortar tiempos, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. La actuación en equipo ha permitido elaborar protocolos de diagnóstico y tratamiento, controlar de forma muy autocrítica los tiempos de espera del circuito de los pacientes de las diferentes especialidades y

valorar la eficacia de las pruebas complementarias. Así, se ha descartado practicar algunas que se comprobaban innecesarias. Retirarlas supone acortar tiempos, pero también ahorro de recursos y optimización de los mismos —al ser destinadas éstas a pacientes que realmente las necesitan—.

El seguimiento detallado de los casos ha permitido que el propio grupo conozca sus puntos fuertes (revisión y cumplimiento de

los protocolos, asistencia de los especialistas y participación de residentes) y los puntos a mejorar (comunicación con Primaria o esperas para Radioterapia).

El trabajo del grupo también ha dado pie a una importante actividad científica y de intercambio de conocimientos con otros comités de tumores de cabeza y cuello. Así se puso de manifiesto en la Tercera Reunión del Grupo Español de Tratamientos de Tumores de Cabeza y Cuello que, organizado por el CTCC del Servet, se celebró en febrero en Zaragoza. La convocatoria reunió a especialistas de hospitales de toda España, Francia y Estados Unidos. La reunión la dirigió el doctor Javier Martínez Trufero. También presentaron varias ponencias y participaron en diversas mesas redondas los doctores Alberto Ortiz, Ester Saura, Tomás Usón y Félix de Miguel.

¿Cesáreas? Sólo las precisas

Ni de más ni de menos. Ese es el objetivo a seguir por el servicio de Obstetricia del Hospital Materno Infantil de Zaragoza a la hora de decidir practicar una cesárea. El hospital se propuso en 2005 racionalizar la tasa de cesáreas, siguiendo las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud. Tres años después de plantear estos objetivos, el Servet ocupa el segundo lugar en España, entre los hospitales de nivel de gran complejidad, en practicar menor número de cesáreas.

El parto vía vaginal permite una más pronta recuperación de la mujer y no deja cicatriz uterina, por lo que el riesgo de infertilidad

y esterilidad posterior es menor. Las **pautas seguidas** en Maternidad para evitar las cesáreas innecesarias han reducido la tasa de estas intervenciones al 14,68% de los nacimientos (según datos de febrero), muy por debajo de la media nacional (25%).

En Aragón se atendieron 13.167 partos en 2008. De los casi 11.000 alumbramientos que se asistieron en hospitales del SALUD, en un 19,54% fue preciso cesárea. En la red privada este porcentaje se elevó al 32,95%.



El Hospital Materno Infantil es el que más partos atiende de Aragón (el 37,36%) y es centro de referencia para los casos más complejos, por lo que bajar las tasas de cesáreas es complicado. Las pautas seguidas por los profesionales han permitido incrementar los casos de parto

vaginal cuando el bebé está situado de nalgas (hasta un 25%) y que casi el 60% de los gemelos nazcan por vía vaginal. Además, más de la mitad de las mujeres que tuvieron una cesárea pudieron dar a luz a su siguiente hijo por vía vaginal en el Hospital Materno Infantil.

La experiencia acumulada por los profesionales del centro se expuso en el curso de Actualización en Obstetricia celebrado en el HUMS el 17 y 18 de febrero. Los facultativos tuvieron que repetir el curso una semana más tarde para que todos los solicitantes pudieran asistir.

Plan estratégico del Sector para el periodo 2009-2011

J. R. García Mata

MÁS de 60 profesionales del Sector II, tanto de Atención Primaria como Especializada, celebraron una intensa sesión de trabajo a finales de 2008 para definir las líneas estratégicas que marcarán los objetivos del periodo 2009-2011.

El plan estratégico representa el documento guía de cualquier organización. En nuestro caso se ha adaptado a la estructura del Sector y después de definir para qué existe nuestra institución (misión), qué queremos que sea en los próximos años (visión) y los valores que todos tenemos que reconocer como elementos distintivos de las personas que trabajan en el Sector, profundiza en 7 líneas estratégicas que integran numerosas actividades, muchas ya en desarrollo.

OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO SECTOR ZARAGOZA II • 2009-2011

Misión

Prestar asistencia sanitaria dentro del sistema público, centrada en el ciudadano, proporcionando a la población una atención adecuada y continuada en todos los niveles asistenciales con un claro compromiso docente e investigador.

Visión

Alcanzar una atención sanitaria excelente, que sea un modelo de referencia en el que los ciudadanos y profesionales confíen y con el que estén muy satisfechos.

Valores

- Orientación al ciudadano.
- Equidad, solidaridad y eficiencia.
- Respeto al paciente y trato humano.
- Excelencia profesional.
- Implicación de los trabajadores.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- **Línea estratégica 1:** "Desarrollo del modelo de liderazgo".
- **Línea estratégica 2:** "Desarrollo de la gestión clínica".
- **Línea estratégica 3:** "El personal como activo básico".
- **Línea estratégica 4:** "Desarrollo de los sistemas de información".
- **Línea estratégica 5:** "Adecuación de infraestructuras, tecnología e instalaciones".
- **Línea estratégica 6:** "Satisfacer los derechos básicos y expectativas de los usuarios".
- **Línea estratégica 7:** "Impacto en la sociedad".

El plan estratégico se encuentra disponible en la intranet del Sector.

Neumología del Servet comienza a hacer diagnósticos con el ecobroncoscopio

El servicio de Neumología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza ha puesto en marcha un ecobroncoscopio, equipamiento que posibilita la realización de ecografías desde el interior del organismo.

EL nuevo ecobroncoscopio permite un diagnóstico más rápido de enfermedades torácicas, como el cáncer de pulmón, sin necesidad de intervención quirúrgica.

Esta tecnología, que ha supuesto para el Salud una inversión de casi 600.000 euros, ha comenzado a aplicarse a pacientes de Neumología de este hospital y próximamente se utilizará para las correspondientes aplicaciones del servicio de Digestivo del Servet y también del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Gracias al ecobroncoscopio, el neumólogo puede observar con nitidez las estructuras que rodean la tráquea y los bronquios del paciente, localizar la lesión y realizar la biopsia para su

diagnóstico en una sola exploración. Nada más extraer la muestra, ésta es remitida a Anatomía Patológica, que la examina en el acto, lo que permite un diagnóstico y un inicio del tratamiento más rápido. Se trata de una técnica encaminada a sustituir otras quirúrgicas de mayor morbilidad y coste, que requieren de ciru-

gía torácica y anestesia general. Además, se evitan los riesgos inherentes a toda operación quirúrgica y no se precisa la hospitalización.

Las **principales indicaciones** de la ecobroncoscopia son el diagnóstico y la clasificación de la extensión y la gravedad del cáncer de pulmón, el diagnósti-

co de lesiones contiguas al árbol traqueo bronquial no abordables por endoscopia convencional y la concreción del grado de extensión ganglionar del cáncer de pulmón. Otras muchas indicaciones se refieren a enfermedades del mediastino (compartimento situado en el centro del tórax) que pueden ser malignas o benignas.

Para recibir la formación necesaria, el jefe de servicio, Salvador Bello, y el jefe de sección, Enrique Chacón, se desplazaron al Hospital Germans Trias y Pujol (Badalona) y al Hospital de Bellvitge respectivamente. Asimismo, la doctora María Teresa Soria Santeodoro, del servicio de Digestivo, estuvo trabajando esta técnica en el Hospital Clinic de Barcelona. En esta disciplina, el ecoendoscopia es una técnica menos agresiva que los actuales procedimientos para el diagnóstico de cáncer de páncreas y de otras lesiones submucosas del aparato digestivo. La puesta en marcha de estos procedimientos ha sido posible gracias a la colaboración del servicio de Anestesia y de Anatomía Patológica.



Los doctores Salvador Bello, María Ángeles Gotor y Enrique Chacón, durante la presentación de la nueva técnica.

El Infantil se transforma en “La casa de Mickey Mouse”

El Hospital de Día de Urgencias, la Unidad de Quemados y algunas zonas de Pediatría han sido ambientadas con decoración de Disney.

DIVERSAS áreas del Hospital Infantil han podido beneficiarse del proyecto de carácter social que Disney pone en marcha en diversos centros sanitarios. Se trata del proyecto Hospital de Colores, que, en el caso del Infantil, ha ambientado 170 m², que incluyen el Hospital de Día de Urgencias Pediátricas, la sala de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), zonas de Pediatría de la tercera planta y la Unidad

de Quemados. Las paredes han quedado decoradas con los personajes más conocidos de Disney, mediante una novedosa técnica y material ilustrado que permanece inalterable durante 10 años.

La **decoración**, totalmente gratis, está centrada en “La Casa de Mickey Mouse” como tema de ambientación, gracias a la cual los niños compartirán su estancia hospitalaria con Mickey,



Minnie, Donald, Daisy, Pluto y Goofy. Estos personajes ayudarán tanto a la mejoría de los niños ingresados durante su estancia en el hospital como también a

su desarrollo cognitivo y social. Estos son los valores que la serie “La Casa de Mickey Mouse” transmite y que han quedado plasmados en los materiales.

Tecnología punta para el Curso Internacional de Urología

Los especialistas asistentes pudieron presenciar desde el Auditorio las operaciones que se realizaban simultáneamente en tres quirófanos. Cámaras instaladas en los techos de las salas de intervención y otras endoscópicas permitieron ver perfectamente el campo quirúrgico.

Israel Colás

ALREDEDOR de quinientos especialistas participaron en el XXV Curso Internacional de Urología que se celebró en Zaragoza el pasado febrero y en el que se dieron cita urólogos de reconocido prestigio mundial.

En las sesiones programadas en el Auditorio se incluyó **cirugía en directo** realizada desde el HUMS a cargo de la empresa Insertos. Su responsable, Paco de Miguel, explicó que para llevar a cabo la retransmisión de intervenciones y de mesas redondas fue precisa una dotación de personal directo de 20 trabajadores. “Fueron cuatro días de trabajo muy intenso en los que además de nuestro propio personal se requirió de una participación de unas 30 personas trabajando indirectamente”, indicó.

Para la retransmisión, se dispuso de la dotación de diferentes emisoras de un alcance de cinco kilómetros con cuatro emisores y dos receptores, desde el

hospital, y otros desde el Auditorio para la emisión de vídeo y audio. También se instalaron dos líneas telefónicas para el audio en control; cuatro cámaras de alta definición en el interior de los quirófanos, cada una de ellas supervisada por un realizador para incluir carteles y gráfico; mesas digitales, señales de ecógrafos de rayos X y micrófonos inalámbricos de cabeza. En el Auditorio

se instalaron tres pantallas de dos metros de tamaño para la emisión en directo de cada quirófano. La tecnología principal ha sido el uso de emisión a través de vía microondas con ventajas como una señal rápida y perfecta, antenas pequeñas y amplio ancho de banda.

Estos cursos de Urología se han convertido en una herramienta fundamental de **forma-**

ción continuada en esta especialidad. En las intervenciones se aplican técnicas quirúrgicas avanzadas mediante las cuales autoridades mundiales en la materia muestran sus destrezas, lo que permite un intercambio de conocimientos que redundará en una mejor atención sanitaria. Una de las operaciones más destacadas que se practicó en este curso fue la extracción de riñón de donante vivo por laparoscopia, que se realizó por primera vez en Aragón. En este ámbito de la cirugía mínimamente invasiva, se practicaron también extirpaciones de tumores de riñón, de próstata, de suprarrenal y, también por primera vez, la extirpación por vía laparoscópica de vejiga tumoral. Otras de las operaciones más novedosas se refirieron a la criocirugía con terapia focal para tumor de riñón y para cáncer de próstata. La cirugía reconstructiva de la uretra masculina y los últimos avances en endourología, con endoscopios flexibles, fueron otros de los grandes avances mostrados.



La coordinación entre niveles asistenciales es una de las líneas prioritarias de mejora de nuestro Sector para asegurar al usuario una asistencia accesible y de calidad.

Nueva organización de los servicios de Fisioterapia del sector

La oferta de servicios de Fisioterapia se distribuye en la actualidad entre la Atención Primaria y la Atención Especializada. Estos servicios han sufrido un aumento notable de la demanda en los últimos tiempos, junto con un incremento de la complejidad de sus tratamientos.

Con el objetivo estratégico de conseguir una mejor adaptación a las nuevas exigencias de profesionales y usuarios, se abordó este proyecto con la formación de un **grupo de trabajo** interdisciplinar que, a partir de un estudio de la situación actual, ha analizado la regulación, ordenación y protocolización de las actividades de la atención fisioterápica, desde una perspectiva global. El objetivo es conseguir un uso óptimo y racional de los recursos en ambos niveles asistenciales, con el horizonte de un usuario mejor atendido y una comunicación óptima entre los profesionales.

En este sentido, se han encontrado diferentes áreas susceptibles de mejora, tales como circuitos de derivación, duplicidades en la asistencia, patologías atendidas en ambos niveles, variabilidad en los tratamientos, tiempos de espera dispares, además de una inadecuación de los recursos disponibles.

Los principales avances obtenidos hasta ahora han sido documentos de consenso sobre el circuito de derivación de ambos niveles asistenciales; las patologías susceptibles de tratamiento en las unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (según criterios homologados para la Ordenación de Fisioterapia en AE y AP, basados en nivel de riesgo y grado de complejidad terapéutica); actualizaciones de los protocolos correspondientes a

algias vertebrales a nivel cervical, dorsal y lumbar, incluyendo la "Escuela de Espalda" unidisciplinar, hombro doloroso, procesos musculoesqueléticos de muñeca y mano, procesos musculoesqueléticos de tobillo y pie y proceso de EPOC (en borrador).

Una vez validados estos protocolos, se implantarán inicialmente en algunos equipos de Atención Primaria de forma piloto. Posteriormente, la iniciativa se extenderá al resto de equipos involucrados.

Los miembros del grupo de trabajo son Maite Villa, Pilar Lecea, Ernesto García, Belén Morata, María José García Galán y Marisé Mercado, por parte de Atención Especializada; y Julio Coca, Concha Sanz y Eva Tobajas, por parte de Atención Primaria. También han aportado a estos documentos sugerencias y opiniones los compañeros de las unidades de Fisioterapia.

Este proyecto tiene continuidad con la **reorganización del servicio de Rehabilitación (RHB)** de nuestro hospital, que incluye la informatización, la adaptación a los nuevos espacios, la reorganización de la RHB infantil y la coordinación con la Atención Temprana, la integración de la Electroterapia en el servicio de RHB, la protocolización de tratamientos de Fisioterapia en plantas de hospitalización, la potenciación de las unidades de referencia para toda la Comunidad y la optimización del convenio con el Hospital Militar y el Hospital San Juan de Dios.

De igual manera, las nuevas instalaciones van a permitir abordar una nueva organización para optimizar su uso, así como la puesta en marcha de la sala de Fisioterapia de tarde, la creación de grupos de tratamiento, etc.

El objetivo es conseguir un uso óptimo y racional de los recursos, con el horizonte de un usuario mejor atendido y una comunicación óptima entre los profesionales.



Grupo de organización de Fisioterapia en Rehabilitación del Sector Zaragoza II.

La nueva organización permitirá, por una parte, el acercamiento del tratamiento fisioterápico al ciudadano en el nivel asistencial de Atención Primaria; y por otra, la disminución de la lista de espera en Atención Especializada y una mejora de la atención a los pacientes hospitalizados, con la potenciación de las unidades de RHB, que son referencia para todo Aragón.

Humanizar la asistencia hospitalaria

Enfermeras, matronas y médicos del Hospital Materno Infantil han visitado los hospitales Doce de Octubre (Madrid) y San Juan de Dios (Barcelona) para importar experiencias positivas.

CONOCER al niño, acondicionar las salas hospitalarias a las necesidades infantiles y ofrecerle juguetes cuando entra al quirófano son sencillas acciones que conducen a la humanización en la asistencia hospitalaria pediátrica. La supervisora de Quirófano del Infantil, Inmaculada Martín; la enfermera del mismo servicio, Ana María Izquierdo; la subdirectora de Enfermería del Hospital Materno Infantil, Carmen Noya, y Concha Soro, del servicio de Planificación y Aseguramiento de la consejería de Sanidad, acudieron el pasado 9 de marzo al Hospital San Juan de Dios de Barcelona para asistir a una jornada sobre humanización en la asistencia pediátrica.

Inmaculada Marín quiso destacar que la presencia en esa sesión responde a una inquietud de todo nuestro personal y que esa jornada les permitió conocer diferentes experiencias que se llevan a cabo en otros hospitales (tanto nacionales como internacionales). Estas abarcan desde la puesta en marcha de un huer-

to, en un hospital del País Vasco, por niños con problemas de trastornos de conductas, o al uso de perros en un hospital italiano para terapias con pequeños que requieren de ayudas para exteriorizar sus necesidades o sentimientos.

“Fue muy interesante ver qué se está haciendo en otros hospitales y también comprobar que aquí ya hacemos muchas cosas aunque sean acciones que no hayamos incluido en un programa determinado”, indica la supervisora.

En los quirófanos del Infantil, por ejemplo, se dispone de juguetes para ayudar a superar el estrés que sufre el pequeño cuando es separado de sus padres. “Y en ese momento, nosotros nos ponemos a jugar con los niños”, explica coloquialmente Martín.

El personal ha asistido a estancias o jornadas formativas en una atención menos medicalizada, tanto en el parto natural como en la atención al niño.

La nueva decoración de algunas zonas del Infantil, los juegos de globoflexia que hacen las enfermeras de quirófano con los pequeños, el aula y muchas actividades de los voluntarios son algunos ejemplos de actuaciones que ayudan a humanizar la asistencia hospitalaria. “Lo que queremos es que la separación del niño de su casa, de su familia y de sus amigos sea lo menos lesiva posible”, concluye la supervisora.

Parto natural

En esta misma línea de humanización de la asistencia se encuadra la Estrategia de Atención al Parto Natural, a través de la cual enfermeras, matronas y médicos del Materno Infantil realizaron diversas estancias formativas el pasado febrero en el Hospital



Doce de Octubre de Madrid. Raquel Luque e Isabel Montserrat fueron las matronas que acudieron al centro madrileño para aprender de la atención al parto natural. “Aquí ya estamos haciendo cosas pero necesitamos más formación y también más voluntad de hacerlo”, dice Luque. Su compañera Montserrat destaca que no solo es preciso dar respuesta a las aún escasas peticiones de parto natural, sino que también se pueden “humanizar las cesáreas”. “En el Doce de Octubre hay un protocolo por el que el padre puede entrar al quirófano y el niño está en el despertar con la madre. Todo esto es muy positivo”, defiende.

“Ir a ver cómo trabajan en otros sitios ayuda a reorientar los objetivos”, apunta Gema Gracia, supervisora de Enfermería de Neonatos. Gracia observó en su estancia, cómo en el centro madrileño “intentan no separar al niño de la madre tras el parto”. “Si se trata de un parto normal, la exploración y cuidados del pequeño se demoran unas horas y así se fomenta que no se rompa el vínculo madre-hijo. Una enfermera de Neonatos baja a atender al recién nacido en el propio paritorio”.

“En partos normales no tiene por qué haber prisa en explorar al niño nada más nacer sino que lo que hay que hacer es dejarse a la madre”, defiende el doctor



Las doctoras Yasmina José (Obstetricia) y Sonia Torres (Neonatología) también hicieron estancias formativas en el Hospital Doce de Octubre.



La matrona Raquel Luque, Gema Gracia, supervisora de Enfermería de Neonatos, e Isabel Montserrat, también matrona.



De izquierda a derecha: Carmen Noya, subdirectora de Enfermería del HMI; Inmaculada Martín, supervisora de Quirófanos del Infantil, y Ana María Izquierdo, enfermera de este mismo servicio, ante los juguetes de los que disponen en la unidad.

Agustín Romo, responsable de Neonatos.

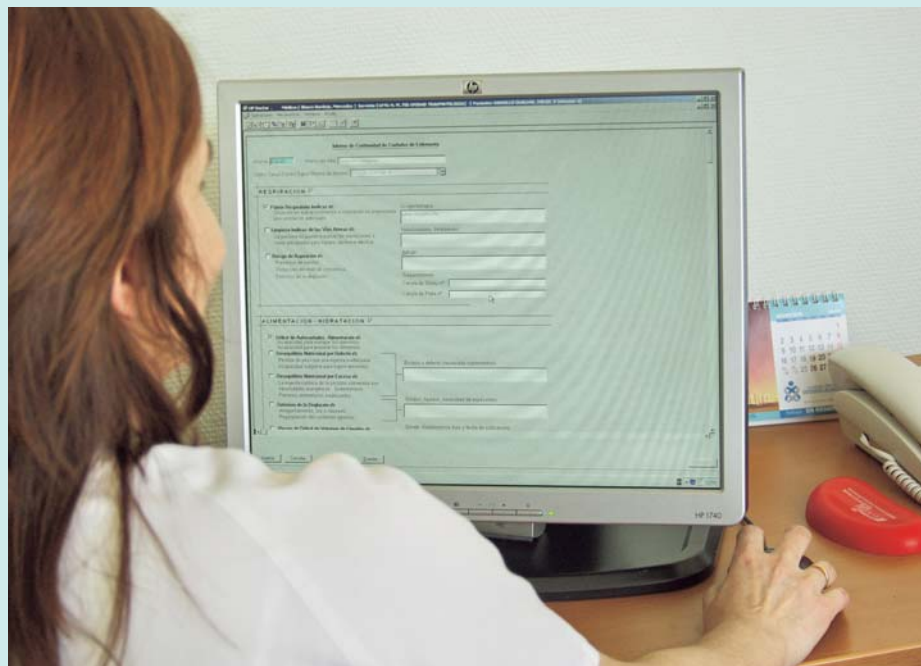
Las doctoras Sonia Torres, por parte de Neonatos, y Yasmina José, de Obstetricia, también hicieron sus respectivas estancias en el Doce de Octubre. “Fue una experiencia muy interesante”, señala la doctora José. “Los cambios para aplicar estas estrategias son importantes, pero son viables y deseables”, opina Sonia Torres.

De momento, ya se ha organizado un curso de formación para matronas que se celebrará en mayo y ya se están retirando limitaciones a la entrada de los padres a Neonatos. “El objetivo final —concluye el doctor Romo— es minimizar la agresividad”.

Un banco de leche materna, la atención al prematuro en condiciones similares al útero, la atención domiciliaria a la familia o, simplemente, el hecho de que los padres puedan observar cómo se hacen los cuidados al prematuro para aprender de ello son otras de las ideas con las que ha venido este personal que, sobre todo, ha traído mucha ilusión en iniciar nuevos proyectos.

Enfermería, eslabón clave en la continuidad de cuidados

Mejora de la comunicación en el tránsito de los pacientes al alta hospitalaria



Liria Jiménez

DENTRO del sistema de Salud se requiere de una comunicación activa y dinámica entre los distintos niveles asistenciales (Atención Especializada-Atención Primaria), que permita la continuidad de los cuidados del paciente, iniciados tanto en uno como en otro nivel.

En el año 2004 se inicia la elaboración del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) unificado, dando respuesta a uno de los objetivos del Plan Estratégico del Hospital Universitario Miguel Servet 2003-2004.

El informe se entregaba al enfermo en formato papel, generándose a partir de plantillas creadas con un tratamiento de textos. La transmisión de dicha información al nivel asistencial

al cual es derivado el paciente, dependía exclusivamente de él o de sus familiares.

Este sistema de trabajo hacía muy difícil la comunicación en el tránsito de pacientes entre el Hospital (centro de Atención Especializada) y los centros de Atención Primaria del Sector, con el consiguiente riesgo de pérdida, olvido o retraso en el tiempo de entrega al personal sanitario responsable de la continuidad de los cuidados.

La **aplicación HP-Doctor**, utilizada como gestor de informes del Hospital, permite la elaboración del ICC mediante un formulario que consta de: necesidades básicas según el Modelo de Virginia Henderson, diagnósticos de enfermería con taxonomía NANDA (lenguaje estandarizado) e intervenciones derivadas de

problemas de colaboración. Dicho formulario revierte en un informe donde constarán los datos de filiación del paciente, el profesional y la unidad de Enfermería responsable del informe y los datos previamente indicados en el formulario anterior, con la configuración para incluir todo el texto libre que el profesional considere necesario.

La incorporación del ICC a la historia clínica informatizada del paciente facilita, de este modo, la consulta de los profesionales sanitarios desde cualquier centro de Primaria a través de la intranet del Sector. Al mismo tiempo, identifica al profesional de Enfermería responsable del paciente en el momento del alta hospitalaria, lo que posibilita el establecimiento de la comunicación de manera recíproca de los profesionales.

“La población debe disponer de una información sobre diabetes sin sesgos de ningún tipo”

Un ambicioso libro, dirigido a profesionales, pacientes y familiares, trata todos los puntos de vista de la enfermedad. Su autor, el doctor Juanas Fernández, MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública del Servet, ha trabajado seis años en lograr el manual más actualizado en habla española.

DE diabetes hay mucho publicado. En el mercado se pueden encontrar numerosos libros de diabetología de alto nivel científico, además de abundante material de divulgación para pacientes o familiares. “Pero quedaba llenar un vacío, una publicación que responda a un escalón intermedio entre la investigación científica y la información más elemental y por ello hemos intentado ir desde lo más básico a lo más alto con una publicación bien referenciada, actualizada y contrastada”, explica el doctor Felipe-Esteban Juanas Fernández, MIR de cuarto año de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) y autor del ejemplar *Con o sin diabetes: conóceme y disfruta*.



Juanas Fernández ha dedicado seis años a este manual, que se ha convertido en la publicación más actualizada en habla española y que va dirigida a todos los públicos: enfermos, estudiantes de Ciencias de la Salud, profesionales del periodismo, ATS/DUE, médicos de Atención Primaria y facultativos del hospital.

“Estamos ante una enfermedad que si no se controla adecuadamente genera complicaciones crónicas devastadoras con unos elevados costes, tanto desde el punto de vista de la calidad de vida del enfermo y de su familia, como del gasto que supone al sistema sanitario”, dice el doctor, quien considera

Un total de 55.529 personas tienen diabetes en Aragón y, de ellas, 15.244 son atendidas en el Sector II.

que ofrecer una correcta información a los diversos sectores sociales citados puede ayudar a luchar contra este mal. “La población debe disponer de una información sobre diabetes que no tenga sesgos de ningún tipo, y ese ha sido uno de los objetivos fundamentales de este libro”, destaca su autor.

El propio paciente tiene en su mano poder controlar la evolución del proceso, pero para ello debe disponer de información adecuada y contar con un equi-

po médico y de enfermería que le trate adecuadamente, aplaudiéndole en sus logros y reprimi-

nándole, de forma positiva, en sus errores. “La educación en diabetes es biopsicopedagógica”, insiste el médico.

Así, el enfermo debe saber no solo qué puede comer, sino concretamente qué ingiere con cada alimento. “Hay que hacer que la población lea lo que compra”, apunta Felipe-Esteban Juanas Fernández. El libro da abundantes herramientas para poder conocer los efectos de cada alimento, desde las grasas o los refrescos, hasta las aguas embotelladas o el café. También aporta información sobre el significado de los etiquetados y da consejos alimenticios saludables sobre el azúcar, la sal, las grasas...

Pero la alimentación no es el único frente que puede abordar el paciente en su lucha contra la diabetes, por lo que el manual también explica de forma clara y rigurosa los distintos tratamientos, la importancia del ejercicio, las complicaciones que puede acarrear la enfermedad o los trastornos sexuales, entre otros muchos aspectos.

Declaraciones:

Javier Acha
Endocrinología HUMS

“El libro está realizado con un interés científico digno de alabar, que aporta una información lo más veraz y clara posible para el paciente sin desmerecer en nada la realidad de la enfermedad”.

Maruan C. Chabbar
Cardiología HUMS

“Se trata de una herramienta de manejo para pacientes diabéticos muy útil, que aporta muchos datos prácticos no exentos de rigor científico, ya que está documentado en consensos y guías actualizadas”.

Se estima que en España tres millones de personas podrían tener esta enfermedad.

Ficha del libro: Título: *Con o sin diabetes: conóceme y disfruta* • Autor: Felipe-Esteban Juanas Fernández • Serie Manuales. Biblioteca Aula Médica.

A sus 49 años recién cumplidos, el anestesista Salvador Laglera Trébol toma el mando del servicio médico más grande del Hospital Universitario Miguel Servet en un momento de cambio de estructuras. Tiene ganas y muchos retos que afrontar.

Salvador Laglera Trébol

“Ahora tenemos la oportunidad de empezar con una nueva forma de trabajo”

—Sector II. Tras un año sin jefatura, toma usted las riendas del servicio más grande del hospital.

—Salvador Laglera Trébol. En realidad es el servicio médico más grande de Aragón. Hay 72 médicos y 16 residentes. Es una organización compleja que ha seguido su evolución según la estructura arquitectónica de la ciudad sanitaria: Hospital Materno-Infantil, General y Traumatología. Hay tres partes cuyas formas de trabajo son muy distintas. Actualmente eran casi tres servicios independientes con trasvase de facultativos de uno a otro, pero lo normal es que cada uno trabaje en su propia casa.

—¿Ese es el esquema que defiende usted?

—Yo apuesto por un cambio en la forma de trabajo, que funcionemos por unidades, con un mínimo de nueve y que podamos llegar hasta doce. Lo que pretendo es trabajar en un ámbito más reducido. Somos demasiado polivalentes y yo opto por restringir el área de actuación. Si un anestesista sólo cubre Cirugía Cardíaca, por ejemplo, logrará una mayor especialización en esa tarea.

—Pero eso es complejo y requiere más personal.

—Un plan de trabajo de unidades requiere del apoyo por parte de gerencia y del SALUD porque siempre hemos estado faltos de especialistas.

—Su andadura como jefe de servicio comienza con las nuevas instalaciones.

—Es la oportunidad que tenemos para empezar una nueva forma de trabajo. Esto va a suponer mucho esfuerzo para todo el personal, pero es una oportunidad que no debemos perder. Anestesia se ha ido renovando mucho, tenemos una plantilla relativamente joven y ello conlleva más facilidades para adaptarnos a los cambios.

—Ustedes, además, trabajan con todos los servicios.

—Y tenemos que ir de la mano con todos ellos. Los avances quirúrgicos, por ejemplo, han obligado a avanzar en Anestesia y, a su



vez, gracias a las mejoras en nuestros fármacos se ha podido mejorar en otras áreas. Pero además de quirófano hay que desarrollar otras muchas actividades.

—¿Como cuáles?

—Impulsar más la REA, potenciar la anestesia fuera del quirófano, el tratamiento del dolor, darle mayor protagonismo a la Enfermería en la labor de Anestesia y disponer de un administrativo.

—Cuando una persona es hospitalizada teme el dolor y, sin embargo, apenas tiene contacto con el anestesista.

—Es curioso que al cirujano no le tiene miedo el paciente y al anestesista sí. Pero es que con el cirujano tiene más contacto y con nosotros no tanto. Encima, el enfermo a veces piensa que eso de que te duerman y pierdas el control de lo que ocurre con la leyenda negra que hay de la anestesia... Tradicionalmente, nosotros nos hemos limitado a trabajar mucho el área de quirófano y tenemos que incrementar nuestro contacto con el ciudadano. Este es, por ejemplo, uno de los puntos de cambio a los que yo me refiero cuando hablo de la necesidad de iniciar nuevas actitudes en las formas de trabajo.

■ Oposiciones y traslados (Salud)

Al cierre de esta edición, el Servicio Aragonés de Salud ha convocado nuevos procesos selectivos "oposiciones" para las siguientes categorías:

Categoría	Fecha BOA	Número de plazas convocadas			
		Total	Turno libre	Promoción Interna	Discapacitados
Trabajador Social	27-03-2009	5	3	1	1
G. Administrativo F.A.	27-03-2009	22	14	7	1
G. Auxiliar Admtvo. F.A.	27-03-2009	240	156	72	12

El plazo de presentación de solicitudes es de un mes desde el día siguiente a la publicación (<http://portal.aragon.es/portal/page/portal/sas/empleo/oposiciones>).

En cuanto a los "traslados", el día 2 de abril fue publicada la resolución definitiva de admitidos y excluidos y los destinos provisionales de las diferentes especialidades de de Facultativos Especialistas de Área (<http://portal.aragon.es/portal/page/portal/sas/empleo/traslados>).

■ Bolsa de trabajo (Salud)

En los meses de febrero y abril, respectivamente, se han publicado las convocatorias para la cobertura temporal de plazas estatutarias de Personal de Gestión y Servicios y Personal Licenciado Sanitario de los Centros Sanitario del Servicio Aragonés de Salud. Ambas convocatorias tienen carácter permanente. El plazo de ratificación de las solicitudes es de un mes desde el día siguiente a la publicación de la correspondiente convocatoria (<http://portal.aragon.es/portal/page/portal/sas/empleo/Empleo%20temporal>).

■ Promoción interna temporal Sector Zaragoza II

El 31 de marzo se publicó la convocatoria ordinaria para la elaboración de listas de espera para la cobertura de plazas de diferentes categorías en el Sector por el sistema de promoción interna temporal. Por otra parte y de manera anticipada (10 de marzo), se convocó por primera vez este sistema de promoción interna temporal para la nueva categoría de Enfermero/a Especialista en Salud Mental.

■ Intranet (Área de Personal)

En la intranet encontrará información más detallada sobre todas las noticias anteriores, novedades que se produzcan a partir de la fecha de cierre de esta edición, enlaces con las páginas web oficiales y con el BOA. La dirección que enlaza con el Tablón de Anuncios del Área de Personal es:

- Hospital: http://intraservet/opencms/opencms/intranet/area_personal/personal.html
- Primaria: http://intraservet.servet.es/opencms/opencms/intranet/area_personal/personal.html

En Información General encontrará también otros documentos informativos relacionados con materias de personal que esperamos sean de su interés.



■ Nombramientos Fecha de cierre: 31 de marzo de 2009

Nombramientos en el Sector Zaragoza II

MARGARITA HIGINIA CHABUEL LOP
Subdirectora de Gestión Área Económica

Nombramientos en el Hospital Universitario Miguel Servet

MARÍA JUANA ABAD MAINER Supervisora de Unidad	ALFONSO LÓPEZ DIONIS Jefe de Personal Subalterno
FELISA ANDRÉS PARICIO Supervisora de Unidad	NATIVIDAD MARCELLÁN RALDUA Supervisora de Unidad
MARÍA DEL MAR BRUNA MARTÍN Supervisora de Unidad	MARÍA MONLORA MARCO ARBUÉS Jefa de Sección
JOSÉ MANUEL CAMPILLOS MAZA Jefe de Sección	JUAN MANUEL MÍNGUEZ MORALES Supervisora de Unidad
ANTONIO CASTÁN CASTÁN Jefe de Grupo	MARGARITA OLLETA CASTAÑER Jefa de Sección
SERGIO CASTÁN MATEO Jefe de Sección	FRANCISCO JESÚS PEÑA FERNÁNDEZ Celador Encargado de Turno
MARÍA PILAR COLÁS MARTÍNEZ Supervisora de Unidad	LUIS ÁNGEL ROYO PASCUAL Jefe de Sección
MARÍA ÁNGELES CORTÉS GRACIA Supervisora de Unidad	CONCEPCIÓN SANTOLARIA AÍSA Supervisora de Unidad
JOSÉ ANTONIO FONT GÓMEZ Jefe de Servicio	CLEMENCIA TORRÓN FDEZ.-BLANCO Jefa de Sección
MARÍA JESÚS GIL SANZ Jefa de Sección	MARÍA T. TORRÓN FDEZ.-BLANCO Jefa de Sección
SOFÍA JUANA GOTOR COLÁS Supervisora de Unidad	JOSÉ VELILLA MARCO Jefe de Sección
GEMA LUCÍA GRACIA CASADO Supervisora de Unidad	JOSÉ RAMÓN VERA GRACIA Jefe de Sección
SALVADOR LAGLERA TRÉBOL Jefe de Servicio	CARMEN VILLANOVA GINER Supervisora de Unidad
ANA LATORRE IZQUIERDO Supervisora de Unidad	

Nombramientos en Atención Primaria

MARÍA JOSÉ ARMALE CASADO Coordinadora de Enfermería	AMPARO JOSEFINA LÓPEZ JIMENO Coordinadora de Enfermería
MARÍA ISABEL CASORRÁN ROYO Coordinadora de Enfermería	MARÍA BLANCA MARTÍN ARRANZ Coordinadora de Enfermería
M. ISABEL GONZALVO ALTABAS Coordinadora de Enfermería	MARÍA DOLORES MÍNGUEZ HERRERO Coordinador EAP

■ Jubilaciones Fecha de cierre: 31 de marzo de 2009

Rosa Agustín Álvarez. Auxiliar de Enfermería. Quirófano HG
Luis Albalad Termes. Adjunto/Especialista Área. UCI HRQT
Antonio Baldellou Vázquez. Jefe de Sección. Pediatría
Rosa María Bellista Compaired. Auxiliar de Enfermería. U. Enfermería Alto Riesgo PI 6 HMI
Cristina Biscarrí Barandiarán. Grupo Auxiliar Administrativo. Medicina Nuclear
Alicia Boudet García. Adjunto/Espec. Área. Laboratorio de Bioquímica
Pilar Carmen Burillo Royo. ATS/DUE. U. Enfermería Digestivo PI 8 HG
Eusebio Burriel Ballestín. Adjunto/Espec. Área. Ginecología
Blanca Caballero Giménez. ATS/DUE. Laboratorio de Microbiología
Asunción Cabrera Gonzalvo. ATS/DUE. U. Enfermería Medicina Interna PI 11 HG
Gregoria Cabriá González. ATS/DUE. Urgencias HI
Fátima Cámara Fernández. ATS/DUE. Quirófano HM
Eugenio Cánovas García-Risco. Jefe de Sección. Rehabilitación
Cipriano Cisneros Martínez. Celador Aux. Autopsias. Anatomía Patológica
César Colás Muñoz. Cocinero. Cocina
María Carmen Conget Romanos. Auxiliar de Enfermería. U. Enfermería Trauma. Cir. Ortop. PI 1
Carlos de Marcos Jiménez. Celador. Comunales HI
Juan Dehesa Baque. Jefe de Sección. Cirugía Maxilofacial
Eloisa Domingo Salas. Adjunto/Espec. Área. UCI HG (Polivalentes)
María Ángeles Franco Marzo. Jefa de Sección. Anestesia y Reanimación
M. Pilar García Beltrán. ATS/DUE. EAP. EAP Las Fuentes Norte
María Amparo García Miralles. ATS/DUE. EAP. EAP Fernando El Católico
Rosalina González Álvarez. ATS/DUE. L. Bioquímica
Rosa Gracia Lana. Auxiliar de Enfermería. Esterilización HG
María Pilar Guajardo Luesma. Costurera. Lencería
María Pilar Guillén Antolin. ATS/DUE. Independencia
Pascual Huerta Rupérez. Celador. EAP San José Centro
Jose Isla Lumbreras. Celador. Quirófano HI
Félix Jardiel Taratiel. Técnico Función Administrativa. Unidad de Apoyo Jurídico
Ana Jiménez Marqués. ATS/DUE. U. Enfermería Tocoginecológica PI 5 HMI
Ana María Laríos Ramos. Auxiliar de Enfermería. Gimnasio
Julián Lorente Ramírez. Celador. Comunales HG
Arcadia Martínez García. Auxiliar de Enfermería. U. Enf. Pol. PI 2 HG (Of. y Endoc.)
María Jesús Martínez Llorente. ATS/DUE EAP. EAP Miraflores
María Josefa Muñoz Soler. ATS/DUE. Laboratorio Microbiología
María Pilar Navales Herrero. Grupo Auxiliar Administrativo. Personal
María Gloria Oriol Gimeno. Auxiliar de Enfermería. Comunales CRTQ
María Teresa Per Salas. Auxiliar de Enfermería. Radiología HG
Lorenzo Pérez Amela. Mecánico. Mantenimiento General
María Carmen Rico Martín. Auxiliar de Enfermería/(ATS/DUE). Farmacia/HTTQ
Pilar Rillo Pablo. Auxiliar de Enfermería. Urgencias HRTQ
María Pilar Royo Albasa. ATS/DUE. U. Enfermería C. Pediatría PI 3 HMI
Felicidad Rubio Rubio. Grupo Auxiliar Administrativo. Control de Gestión
Segundo Nicolás Sánchez Guevara. Celador. Urgencias HG
Agustín Sánchez Rodríguez. Celador. Urgencias HG
Luciana Sancho Lasheras. Auxiliar de Enfermería. U. Reanimación
Luis Sancho Pardo. ATS/DUE. Radiología CRTQ
Ana Tirado Iglesias. Auxiliar de Enfermería. U. Enfermería Obstetricia PI 7 HMI
María Raquel Usón Giménez. Auxiliar Administrativo. Admisión HG
María Rosario Viñas Suñén. Auxiliar de Enfermería. CME Ramón y Cajal Laboratorio

El Hospital pide instalar un paso de peatones a la salida del edificio de consultas

El Hospital Miguel Servet ha solicitado al Ayuntamiento de Zaragoza que instale un nuevo paso de peatones a la salida del edificio de Consultas Externas. La solicitud ha surgido tras la sugerencia presentada por un trabajador.

UN trabajador del Sector Zaragoza II que acompañó a un familiar con limitaciones de movimiento al edificio de Consultas Externas, en la calle Cardenal Gomá, propuso al Comité de Sugerencias que se realice un **paso de peatones** entre la salida del aparcamiento de Jesuitas y el edificio de Consultas. El usuario propuso, además, la consiguiente adaptación de bordillos.

Con esta propuesta se pretende evitar que personas con discapacidad que acudan en vehículo particular y aparquen frente a las consultas, tengan que acceder a las mismas teniendo que desplazarse hasta los extremos de la calle, que es donde se tiene prioridad de cruce en condiciones seguras.

El pasado mes de marzo, nuestros responsables del Servicio de Mantenimiento presentaron en el Registro del Ayuntamiento la solicitud del citado paso de cebra, adjuntando toda la documentación necesaria. Para ello, hemos contado también con el apoyo de la Asociación de Padres del propio colegio. Esperamos que en breve podamos ver la mejora.

Por otra parte el pasado mes de enero en esta misma sección informábamos de la implementación de una sugerencia que proponía el envío de petición de certificados al Servicio de Personal, a través de la **intranet**,



Edificio de Consultas Externas.

En el primer trimestre del año hemos recibido 13 sugerencias. Aunque todas contribuyen a una mejora continua, algunas de ellas son realmente interesantes, ya que nos van a permitir lograr beneficios tanto para lo que se refiere a la calidad de nuestro servicio al ciudadano como para nosotros mismos como profesionales.

pero sin subrayar que en este momento sólo se puede descargar el impreso, y el envío se debe realizar por correo electrónico (certifica-

dos.sector2@salud.aragon.es). Toda la información está disponible en el enlace del Área de Personal/Información general.

PERSONAL

Elecciones de la Comisión Técnico Asistencial

El pasado 14 de abril se celebraron las elecciones de la Comisión Técnico Asistencial en el HUMS. Al cierre de esta edición, ya se conocían los resultados que nombraban como vocales de la Comisión a:

- **Facultativos especialistas-Jefes de servicio:** José M. Aguirre (Medicina Interna); Miguel A. Marco Luque (Cirugía); José A. Giménez Mas y M.^a José Revillo (Servicios

Centrales); J. Javier Tobajas (Ginecología-Obstetricia) y Ángel Ferrández Longás (Pediatria).

- **Facultativos especialistas-Jefes de sección:** Alfonso García Aranda (Medicina Interna); Ana R. Asensio París (Cirugía); José M.^a Artigas (Servicios Centrales); Miguel A. Ruiz Conde (Ginecología-Obstetricia); Juan Elías (Pediatria).

- **Supervisoras o profesionales de Enfermería:** M.^a Pilar Gerez (Medicina Interna); M.^a Gloria Bara (Cirugía); Sebastiana Mercado (Servicios Centrales); Sofía Juana Gotor (Ginecología-Obstetricia); M.^a Mar Bruna (Pediatria).
- **Facultativos especialistas en formación:** José L. Bancalero.
- **Especialistas en formación de Enfermería:** Desierta.
- **Personal de Gestión y Servicios:** Rosa Irazo del Cura y Jesús Martín Pérez.

Un grupo de profesionales de Atención Primaria ha desarrollado un protocolo para evaluar si se contempla la perspectiva de género en los proyectos de investigación de salud.

La perspectiva de género, clave para investigar en salud

La salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Desigual porque existen situaciones injustas en la sociedad que influyen negativamente en la salud de las mujeres, y que en parte son explicados por el género.

La OMS define el término desigualdad en salud refiriéndose a aquellas diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. En el análisis de la perspectiva de género en salud debe quedar claro que el género se constituye y expresa a través de las relaciones sociales, roles y expectativas ligados a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas y cambian según la cultura y a lo largo de la historia. Incluir la perspectiva de género en la investigación de los problemas de salud implica que hay que asumir un objetivo que transforme aquellas condiciones sociales que "perpetúan la subordinación de las mujeres" situándolas en un plano de desigualdad respecto de los hombres.

Una de las finalidades de la **investigación en salud con perspectiva de género** es señalar y suplir la ausencia de datos indispensables para el conocimiento del estado de salud de las mujeres, además de evidenciar los sesgos producidos por generalizaciones de conocimientos que, a menudo, se fundamentan en investigaciones basadas sólo en población mas-



Factores biológicos y sociales afectan a la salud de hombres y mujeres de manera diferente y desigual.

culina. La perspectiva de género ha sido una carencia habitual en los proyectos de investigación, y ésta debe incluirse desde el diseño del estudio, la selección de la población, los procedimientos a realizar y la interpretación de los resultados.

La hipótesis de trabajo es que no se incluye la perspectiva de género en las diferentes etapas de la investigación, lo que repercute de forma negativa en la salud de las mujeres porque no se indaga suficientemente sobre las causas de su malestar y se extrapolan los resultados de los estudios androcéntricos a las mujeres. Nuestro proyecto se titula *Elaboración de un protocolo para la evaluación de la perspectiva de género en los proyectos de investigación* y está financia-

do por el Fondo de Investigaciones Sanitarias en 2007.

El proceso seguido ha incluido la revisión de la literatura por parte de todo el equipo investigador; reuniones con expertas en Salud y Género procedentes de distintas universidades y centros de prestigio, y trabajo del grupo investigador, con sesiones quincenales, para acotar los datos imprescindibles, los necesarios y los deseables, que deben reunir los proyectos que incorporen la perspectiva de género. Las condiciones imprescindibles, pero no suficientes, son que los datos deben desagregarse por sexo; ha de utilizarse un lenguaje no sexista y no se deben confundir los términos sexo/género. Los resultados parciales ya se han presentado en el Congreso Na-

Equipo de trabajo

El equipo pertenece al Grupo de investigación en Salud y Género en Atención Primaria y lo forman:

M.ª Dolores Ariño Martín

Investigadora principal, que es médica de familia en el CS San Pablo de Zaragoza.

Mercedes Eguiluz

Médica de familia en el CS San Pablo de Zaragoza.

Rosa Magallón Botaya

Médica de familia en el CS Arrabal de Zaragoza y responsable del Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria de la RedIAPP.

Teresa Oliveros

Enfermera de Pediatría del CS Oliver de Zaragoza y perteneciente al SIEM.

Gema Palacio

Enfermera del CS Calatayud.

M.ª Luisa Samitier Lendequí

Médica de familia en CS San Pablo.

Concepción Tomás Aznar

Profesora de Salud Pública en la Universidad de Zaragoza y coordinadora del Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de esta universidad.

Teresa Yago

Ginecóloga del Centro Municipal de Promoción de la Salud de Zaragoza y miembro del SIEM.

cional de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, celebrado en Sevilla en marzo, y ha sido admitida una comunicación en la 15.ª Conferencia Europea WONCA, que se celebrará del 16 al 19 de septiembre en Basilea.

Residuos sanitarios

CUANDO hablamos de residuos sanitarios, por extensión nos referimos a todos aquellos que se generan en la actividad sanitaria. Su incorrecta manipulación puede implicar riesgos para la salud del propio trabajador o la de terceros y el

medioambiente. Nuestra actuación es fundamental. Lo primero que hay que tener en cuenta es su correcta clasificación o segregación. Para ello, es necesario conocer **a qué grupo corresponde y en qué contenedor se debe depositar.**



Además, es imprescindible que se sigan las siguientes consignas, a modo de manual de buenas prácticas:

1. Utilizar siempre los EPI (Equipos de Protección Individual) establecidos en sus normas de trabajo.
2. Llevar siempre consigo o disponer de un contenedor para objetos cortantes y punzantes en el área más próxima posible al trabajo, para no dejar el material de riesgo en lugares inadecuados.
3. No reencapuchar las agujas sino depositarlas en su contenedor de cortantes y punzantes (Grupo III y Grupo VI).
4. Mostrar una especial cautela cuando se realizan las tareas de curas y evitar que puedan quedar restos entre la ropa de cama o del paciente. Puede causar un accidente biológico al personal de Lavandería (al ir entre la ropa) o de Cocina (al depositarlo en las bandejas de comida).
5. Aplicar con especial cuidado las normas de clasificación de ropa de pacientes de riesgo, en función de su patología (Grupo III y Grupo VI), para su correcto tratamiento en la Lavandería.
6. No hurgar dentro de los recipientes ni en las bolsas rojas.
7. No traspasar residuos de un recipiente a otro.
8. No comprimir ni sobrepasar el nivel que permita el cierre de la tapa del contenedor.
9. Antes de la recogida, comprobar que las bolsas y los contenedores estén cerrados (estos últimos, herméticamente), que no se encuentren deteriorados o manchados y que no presenten derrames o fugas.

Pequeños gestos para conseguir un mundo mejor



La suma de pequeñas acciones cotidianas que casi pasan desapercibidas, pueden contribuir decisivamente a reducir el consumo de energía y, por consiguiente, las emisiones de CO₂ que se envían a la atmósfera. Entre todos podemos combatir el cambio climático si adaptamos a nuestros hábitos diarios los siguientes consejos:

Transporte

- En tus desplazamientos, conduce de forma segura y eficiente evitando acelerones bruscos y la velocidad excesiva.
- Vigila la presión de los neumáticos, puedes ahorrar hasta 70 litros de combustible al año.
- Compartiendo el coche con cuatro compañeros para ir al trabajo, estás ahorrando un 80% de combustible.
- Utiliza el transporte público siempre que puedas.

Energía

- En invierno, mantén el termostato a unos 20 °C y en verano alrededor de 24 °C. Por cada grado que te desvíes, el consumo aumenta alrededor de un 10%.
- Apaga el monitor de tu ordenador cuando no lo necesitas, reducirás en torno al 70-80% la energía que consume. ¡No lo dejes en stand-by!
- Apaga las luces cuando no las necesites. Dejarlas encendidas durante 2 horas equivale a emitir 60-100 g de CO₂ a la atmósfera.

Reciclaje

- Por cada 700 kg de papel que reciclas, estás ahorrando el equivalente al espacio de un automóvil en el vertedero, además de evitar las emisiones equivalentes a un viaje de vehículo de más de 3.700 km.
- Desde septiembre de 2008, se están colocando en los edificios de la DGA envases para reciclaje de botellas de agua. Úsalos.
- Imprime a doble cara y aprovecha las hojas que no valen como hojas de sucio, reducirás un 60% el consumo de papel en la oficina.
- Utiliza un vaso propio para el café o el agua de las máquinas expendedoras, evitarás la generación masiva de envases de un solo uso.

Agua

- Asegúrate de cerrar completamente el grifo, ahorrarás más de 30 litros de agua al día, lo que equivale a 11.000 litros al año.
- No utilices la cisterna del baño para arrojar todo tipo de papel. Usa las papeleras.

Los servicios que intervienen en el tratamiento del cáncer de colon y recto han iniciado la llamada Gestión por Procesos, una forma de trabajo que imprime un sello de calidad en la atención sanitaria.

“Nos debemos organizar para que el enfermo reciba la mejor atención con el máximo confort”

HASTA ahora, grandes hospitales como el Miguel Servet se estructuraban en servicios independientes, con una compleja interrelación basada en una comunicación vertical. “Pero los tratamientos cada vez son más multidisciplinares y nos exigen una conexión mayor entre nosotros”, dice el doctor Eduardo Bajador, jefe de la sección de Digestivo y “gestor” del Proceso de Cáncer Colorrectal (CCR) para el Sector II. “Tradicionalmente se funcionaba por servicios, quizá de manera poco coordinada, y con muchos espacios muertos entre diversas actuaciones, lo que podía provocar la reiteración de pruebas. En la Gestión por Procesos, el paciente es el centro y los especialistas debemos organizarnos en torno a él, para que su atención sea lo más eficaz y ágil posible, con el menor número de molestias y movimientos; que demos la mejor atención con el máximo confort posible”, añade el doctor. “Queremos seguir un protocolo de atención detallado, en el que se acorten tiempos y se elimine aquello que no aporte un beneficio al paciente”, explica.

Para lograr este objetivo, se ha establecido una “guía” con todas las actuaciones y con quién y cómo deben realizarse, según un protocolo clínico. “Lo primero que hicimos fue desplegar el “mapa” de todo el proceso”, apunta Bajador. Ello ha consistido en seguir los pasos que da el enfermo desde que llega a una consulta del médico de familia con unos síntomas de sospecha hasta que le es diagnosticada la enfermedad y sometido a tratamiento. “Al analizar una por una todas las actividades, hemos identificado las áreas donde podemos mejorar y ganar tiempos”, indica.

Una de esas áreas es el paso de Atención Primaria a Especializada y para ello es preciso seleccionar a los enfermos con mayor riesgo de sufrir CCR entre todos los que ve el médico de familia. Puesto que los síntomas de un paciente con CCR son muy comunes (rectorragia, estreñimiento, diarrea, etc.), no es posible priorizar a todos ellos para la colonoscopia. Deben discriminarse a los que realmente están en riesgo de CCR y en ello se ha trabajado. “Los médicos de familia tienen un programa de gestión de Historia Clí-



Reunión semanal de los participantes en el Proceso de CCR.

Eduardo Bajador (Digestivo) cuenta que la clave en Gestión por Procesos es cambiar las vías de comunicación entre servicios para ganar agilidad.

nica Informatizada, al que nosotros hemos incorporado un sistema de alerta mediante el cual, cuando el médico del centro de salud introduce alguno de los síntomas relacionados con el cáncer de colon y recto, le recuerda cuáles son los criterios de riesgo y le permite pedir directamente una colonoscopia para realizar en 15 días”, comenta Bajador. Este programa ha comenzado de prueba en dos centros de salud y ahora se pretende extender al resto de centros del Sector.

La clave es determinar los criterios para la rápida identificación de los enfermos que requieren de un diagnóstico urgente. Para ello, de forma paralela se realiza un estudio de los

usuarios remitidos para colonoscopia, en el que ya se han incluido unos 500 pacientes, y que permitirá conocer el valor predictivo, la sensibilidad y especificidad de los diferentes síntomas y sus combinaciones en nuestra propia población. Mediante un proceso de mejora continua, se irán adaptando los criterios de alarma para ganar eficiencia y aumentar fiabilidad. Los facultativos esperarán a tener al menos 1.500 casos en el estudio para extraer conclusiones.

De forma simultánea funciona una vía clínica de gestión rápida de los pacientes que acuden a Urgencias por rectorragia, que permite su diagnóstico con mínima hospitalización.

Los servicios del Proceso de CCR trabajan desde hace más de tres años en el análisis y mejora de todos los pasos de este procedimiento. Son Digestivo, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Cirugía Colorrectal, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Admisión, además de Atención Primaria y Enfermería.

El cáncer de colon

Es el tumor maligno más frecuente en Europa. Sólo en España se diagnostican unos 25.000 nuevos cada año. En el Sector Zaragoza II se registran al año en torno a unos 250 casos nuevos.

Afecta indistintamente a ambos sexos y se desarrolla casi siempre sobre una lesión benigna inicial, llamada pólipo. Estos pólipos tardan años en crecer y sólo un 5-10% se malignizan.

Cambios en la relación médico-paciente

“La clásica relación médico-enfermo ha sufrido en los últimos veinticinco años cambios probablemente mayores que en los pasados veinticinco siglos, hasta el punto de que hoy resulta problemático encontrar palabras adecuadas para denominarla”, afirma Diego Gracia, catedrático de Historia de la Medicina y director del Máster de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid.

“Bioética es la disciplina que tiene por objeto el estudio de los valores y su inclusión en el proceso de la toma de decisiones en los conflictos de la vida”. Diego Gracia

EN la actualidad, para definir la relación médico-paciente, se emplean también otros términos: relación médico-cliente (no aplicable en la sanidad pública pero sí en la medicina privada), relación sanitaria (además del médico otros profesionales también entran en relación con el paciente: enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.), relación sanitario-usuario, relación clínica. Puede que sea esta última la que mejor expresa el cuidado que prestan los profesionales sanitarios a un paciente que solicita ayuda para el mantenimiento y recuperación de su salud.

Además de la nueva terminología, hay otros muchos datos que nos indican la realidad de este cambio de relación clínica:

- Se ha pasado del trabajo en solitario al trabajo en equipo.
- Antes la información sobre las enfermedades sólo la tenía el médico, mientras que ahora también puede tenerla el paciente a través de Internet.
- El paso de la ética de beneficencia a la ética de la autonomía es quizás el cambio más importante. Y no es casual que fuera hace poco más de 30 años que surgió por primera vez el término de Bioética.

En los siglos anteriores el **principio de beneficencia** en Medicina obligaba a hacer el bien al paciente, según entendía el médico, aun en contra de la opinión del paciente. Actualmente, en caso de conflicto, tiene prioridad el **principio de autonomía**, donde el paciente participa en la toma de decisiones sobre su salud previa información facilitada por el médico y que el facultativo debe respetar la opción elegida, incluso aun cuando no le parezca la más adecuada.

En el Informe Belmont (1978), el Principio de Autonomía se denominaba: “Principio de Respeto por las Personas”. Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; y que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. Este principio se divide entonces en dos requerimientos éticos separados: el de reconocer la libertad en tomar decisiones de las personas autónomas, mientras no se perjudique a otras, y el de proteger a quienes tienen disminuida su autonomía. Continúa siendo tarea sanitaria importante la de proteger y cuidar a las personas con disminución de capacidad para tomar decisiones.

Principios de la Bioética

En la década de 1980 quedaron establecidos cuatro principios, que se consideran de forma universal los Principios de la Bioética:

- **No maleficencia:** no dañar a los demás, realizar buenas prácticas clínicas.
- **Justicia:** proporcionar las mismas oportunidades a todos los pacientes, promover el bienestar social.
- **Beneficencia:** deber de promoción y buscar el bien del paciente.
- **Autonomía:** respeto por la libertad en tomar decisiones de la persona, mientras no se perjudique a otras.

En la práctica clínica diaria a veces surgen conflictos entre estos principios, y para resolverlos puede ser de ayuda acudir al Comité de Ética Asistencial.

En nuestro país, el Principio de Autonomía ha inspirado la ley 41/2002, denominada Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Esta ley establece las nuevas “reglas de juego” de la relación clínica, y destaca que, junto a la *lex artis* o “buenas prácticas”, pasa a ser imprescindible una adecuada información al paciente. Además, configura esta información como un deber del médico, cuyo fin es ayudar al paciente en la toma de decisiones sanitarias. La relación clínica sigue siendo una relación basada en la confianza.

La Ley de Autonomía del Paciente, en su artículo 4 dice textualmente: “La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”.

Balance del primer año de funcionamiento del Pabellón Docente

Ubicado en el edificio anexo al Hospital Universitario Miguel Servet, el Pabellón Docente acaba de cumplir un año de actividad y ya se encuentra a pleno rendimiento.

Exterior del Pabellón Docente.



Las actividades más numerosas durante el año pasado fueron las relacionadas con la formación continuada.

La puesta en funcionamiento del Pabellón Docente en enero de 2008, vino a resolver un importante déficit de espacios destinados a la formación y la docencia. Hasta entonces, las actividades formativas en sus tres vertientes —formación pregrado, de especialización y formación continuada— se venían desarrollando en diversos espacios físicos, dispersos y, en muchas ocasiones, poco adaptados.

Es evidente que una organización tan extensa, tanto en su dispersión geográfica como en el número de profesionales que

la componen, necesitaba una estructura especialmente adaptada para el desarrollo de las actividades formativas.

Organización interna

Dentro de las instalaciones, están ubicadas la Unidad de Formación Continuada y Desarrollo Profesional, la Comisión de Docencia del Hospital y su Jefatura de Estudios, así como la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. En el Pabellón, además de las actividades programadas por estas estructuras docentes, se han desarrollado

diversos tipos de acciones formativas de otro carácter.

En este espacio formativo se puede llevar a cabo todo tipo de acciones de formación que resulten de interés para los profesionales del Sector. La reserva de aulas se realiza mediante la cumplimentación y envío a la secretaría correspondiente de un cuestionario que aparece en la intranet del Sector. En este cuestionario se recoge la información esencial de la actividad para poder destinar el espacio físico más adecuado y las necesidades técnicas de la actividad propuesta a los requerimientos del orga-

nizador de la acción. El tiempo medio de respuesta desde dicha secretaría el pasado año fue inferior a 5 días. Por otra parte, dada la calidad de las aulas, también diversas entidades del Salud han solicitado, en ocasiones, espacios para celebrar cursos.

El Pabellón Docente cuenta con un total de 5 aulas polivalentes, un seminario, una sala de reuniones y un aula informática con 25 puestos. Durante el pasado año se ha adquirido diverso material de simulación para poder llevar a cabo actividades eminentemente prácticas: maniqués para reanimación cardiopulmonar, simuladores de infiltraciones, de exploración fondo de ojo y ORL, entre otros.

El edificio dispone de 5 aulas polivalentes, un seminario, una sala de reuniones y un aula informática.

ACTIVIDAD REALIZADA DURANTE EL AÑO 2008

Actividad	N.º actividades	N.º de horas	N.º discentes convocados	N.º estancias convocadas
Formación continuada	131	2.029	3.189	9.806
Formación de postgrado	110	427	4.280	14.478
Sesiones	110	108	1.690	1.690
Prevención de riesgos	50	330	975	2.066
Comisiones	40	83	672	894
Grupos de trabajo	32	73	258	258
Otras actividades	23	111	507	750
Reuniones institucionales	21	58	719	719
Pregrado	16	90	553	785
TOTAL	533	3.309	12.843	31.446

La actividad realizada durante el año 2008 ha sido muy importante. Como se puede ver en la tabla anexa, el número total de actividades celebradas ha sido de 533. De ellas las más numerosas han sido las de formación continuada (131), seguidas de las destinadas a especialistas en formación. El número total de horas impartidas asciende a 3.309, siendo una vez más la formación continuada la parcela más numerosa.

Los datos evidencian claramente que la actividad docente en nuestro sector el pasado año fue realmente intensa, tal y como se puede comprobar por el número de alumnos convocados y el total de estancias de todos ellos. De forma aproximada, podríamos afirmar que cada día acudió una media de 150 profesio-

nales del Sector a participar de algún tipo de acción formativa.

Como es lógico, durante su primer año de funcionamiento, en el Pabellón Docente se han detectado determinadas "oportunidades de mejora", tanto a nivel de estructura física como de equipamientos docentes. A este respecto, ya se ha elaborado una propuesta de acciones para mejorar la calidad del servicio prestado.

En todo caso, la puesta en funcionamiento del nuevo espacio docente ha supuesto un salto cualitativo fundamental en la visión de nuestra institución de la formación y desarrollo de nuevas competencias de los profesionales que la constituimos, en aras de poder ofertar a nuestros conciudadanos los mejores cuidados sanitarios posibles.

Nuevo blog de la Biblioteca Médica

<http://biblioservet.blogspot.com> es la dirección de acceso al recién creado blog de la Biblioteca Médica del Hospital Universitario Miguel Servet, que se inauguró el pasado 19 de enero. Material complementario al blog es el *Manual de acogida de la Biblioteca 2009* (disponible en la intranet/biblioteca), donde se encuentran las contraseñas y otra información de interés.

Libros electrónicos

La biblioteca cuenta con un total de 29 libros electrónicos en modalidad de compra (acceso perpetuo) y 2 en modalidad de suscripción anual (*Harrison's online* y *Williams Obstetrics*). Los 29 libros corresponden a la colección **Doody's Essential Collection** de la editorial Lippincott Williams & Wilkins y están considerados como esenciales en cada especialidad.

El acceso puede realizarse desde la intranet/biblioteca, donde se encuentran los enlaces de cada libro por reconocimiento IP. Para consultarlos fuera de la intranet se recomienda la utilización del blog, en la sección Etiquetas: "Libros e- Biblioteca Médica del HUMS", y la ayuda del *Manual de Acogida de la Biblioteca 2009*, donde se encuentran las contraseñas.



<http://biblioservet.blogspot.com>

Asociación de Padres de Niños Oncológicos de Aragón

Intercambiar vivencias, compartir sentimientos y apoyarse ante un problema común fueron los motivos por los que un grupo de padres de niños enfermos de cáncer sintieron la necesidad de agruparse hace ya una veintena de años.



ALENTADOS por el doctor Javier Pisón, y con el fin de ayudarse y de ayudar a todas las familias de niños con cáncer, sesenta padres fundaron en 1988 la Asociación de Padres de Niños Oncológicos de Aragón (ASPANOA). Hoy en día, la asociación está plenamente consolidada, cuenta con más de 2.700 socios y acoge a 600 familias de Aragón, La Rioja y Soria.

Cuando a un niño se le detecta la enfermedad, la familia recibe un duro golpe y entra en una situación de dolor y angustia, por lo que necesita el apoyo de profesionales y la comprensión de otros padres que han pasado por la misma situación. Gemma Sevillano, trabajadora social de ASPANOA, señala que “con la familia no se contacta hasta que reciben la confirmación del diagnóstico. El psicólogo de la asociación entabla el primer contacto, pregunta las necesidades y entrega una carpeta de acogida con toda la información y asesoramientos que podemos ofrecerle. En otras ocasiones, es el propio equipo sanitario el que informa de nuestra existencia”.

ASPANOA dispone de una serie de servicios gratuitos para todas las familias afectadas. Los más importantes son la plena disposición de un psicólogo dedicado al apoyo del niño y sus familiares, una trabajadora social como apoyo para la obtención de recursos y un piso en Zaragoza y otro en Barcelona para las



Durante la estancia hospitalaria, se produce un estrecho vínculo entre las familias y la asociación.

familias que se ven obligadas a desplazarse para que su hijo siga el tratamiento. Asimismo, se facilita a uno de los padres de cada niño ingresado todas las comidas del día para que el menor se encuentre siempre acompañado, así como apoyos económicos en los casos en que es necesario.

Pero por encima de todo esto, lo que ASPANOA pretende es dar esperanza y apoyo moral. Antonio Rodés, gerente de la asociación, recalca que “lo que ASPANOA vende es optimismo. Sus fines primordiales son mejorar la calidad de vida y dar esperanza permanente”. Por este motivo, con la intención de que la estancia en el hospital sea más agradable, ASPANOA organiza todas las tardes para los niños talleres de ocio y tiempo libre y

ha equipado las habitaciones de Oncopediatría con televisión, DVD y Play Station. Un día a la semana se realiza una sesión de musicoterapia y cada Navidad reciben la visita de los Reyes Magos. La asociación trabaja en estrecha colaboración con el equipo escolar del aula hospitalaria y con el de atención domiciliaria para conseguir la plena integración escolar del niño durante y después del tratamiento.

Para realizar estas y otras muchas actividades, ASPANOA cuenta con una plantilla de cinco profesionales y con la dirección

ASPANOA celebró el año pasado su vigésimo aniversario. Veinte años después, su objetivo sigue siendo el mismo: mejorar la calidad de vida de los niños enfermos de cáncer y de sus familias, labor por la que se ha ganado el reconocimiento de las principales instituciones regionales y nacionales, por las cuales ha sido declarada Entidad de Utilidad Pública (1995) por el Ministerio de Justicia e Interior; de Interés Social (1999) por el Gobierno de Aragón, y de Interés Ciudadano Municipal (2006) por el Ayuntamiento de Zaragoza. Asimismo, ha recibido la Medalla de Oro Santa Isabel de Portugal (1997), concedida por la Diputación de Zaragoza, y el Premio 3 de Abril de este año en la categoría de Trabajo Social, por la Asociación de Exconcejales Democráticos de Zaragoza.

del presidente y de la junta directiva, así como con la colaboración de un gran número de voluntarios, que se encargan de organizar charlas divulgativas para la sociedad en general, jornadas de convivencia para las familias, viajes y excursiones para los niños y actividades de solidaridad, como el ya tradicional encuentro de fútbol entre los veteranos del Real Zaragoza y otro equipo de renombre, una exposición de cuadros de prestigiosos artistas que donan sus obras o un desfile de moda.

Las actividades más populares “no se organizan sólo para dar a conocer la asociación, sino que son la base para poder desarrollar otras muchas actividades para los niños y sus familias a lo largo de todo el año”, indica Antonio Rodés.

ASPANOA

Duquesa Villahermosa, 159
50009 Zaragoza

TELÉFONO

976 45 81 76

WEB

www.aspanoa.org

E-MAIL

aspanoa@aspanoa.org

La formación, clave en los proyectos de Salud Mental, Radiología y Ecografía desarrollados en República Dominicana

El Grupo de Cooperación del Salud mantiene desde hace tres años unos programas para impartir cursos y enviar material.

La República Dominicana ocupa más de la mitad de la isla caribeña de Isabela, primer contacto con tierra firme que tuvo la expedición de Colón. La sociedad dominicana, compuesta por más de nueve millones de habitantes, presenta grandes contrastes. Una pequeña parte dispone de un alto nivel de riqueza mientras que la mayoría soporta un bajo o muy bajo nivel de renta, lo que ha provocado un importante éxodo de la población.

Los indicadores básicos sanitarios de la OMS hablan por sí mismos de las carencias actuales. Además, se dan también amplias diferencias entre las prestaciones sanitarias de la ciudad de Santo Domingo y las del resto de las ciudades y pueblos de la República, en donde hay múltiples carencias tanto de instalaciones y especialidades como de profesionales sanitarios.



CONTACTO

JAVIER PARDO BERDÚN

Secretario del Grupo de Cooperación del Salud
E-mail: jpardob@salud.aragon.es

Actividades desarrolladas

Las actividades llevadas a cabo por el Grupo de Cooperación fueron diseñadas con dos objetivos fundamentales: procurar una adecuada formación a profesionales sanitarios en materias de Salud Mental, Radiología y Ecografía, y enviar material sanitario y medicamentos.

El programa de Salud Mental se ha ido coordinando con el doctor José Mieses, director general de Salud Mental de la República Dominicana. Desde el año 2006, se han realizado numerosos cursos formativos en Santo Domingo, dirigidos tanto a médicos psiquiatras como a enfermeros. También se han abierto unidades de agudos en la ciudad, algunas en colaboración con la Fundación Rey Ardid. Además, varios médicos residentes de Psiquiatría dominicanos han venido a España para realizar estancias formativas en el HUMS. La donación de fármacos ha completado el programa de cooperación. El doctor Tirso Ventura es el responsable y coordinador de este proyecto y con él han viajado a la República Dominicana otros psiquiatras y enfermeros de Psiquiatría tanto del Hospital Miguel Servet como del Hospital Clínico Lozano Blesa.

La Cooperación en Radiología y Ecografía se ha extendido a las ciudades de Bonaó y Barahona. Una de las tareas más importantes ha consistido en impartir cursos para médicos no radiólogos, dada la carencia de estos especialistas, y cursos de reciclaje y perfeccionamiento para técnicos en Radiología, en la Fundación Nuestra Señora de Guadalupe (Bonaó) y en el Hospital



Jaime Mota, (Barahona). Para ambos lugares se les ha donado equipos de ecografía y otros materiales sanitarios reciclados del Servet.

Paralelamente a las actividades formativas, sobre el terreno se mantiene una constante colaboración mediante el informe de imágenes ecográficas y radiológicas problemáticas que envían por correo electrónico. El doctor Javier Pardo, radiólogo del CME Ramón y Cajal, es el responsable del programa y en él colaboran Victoria Álvarez, TER del Hospital de Barbastro, Inmaculada Jiménez, DUE del HUMS, y Marian Mainar, TER del CME Ramón y Cajal.

El acuerdo firmado por Banco Santander en diciembre de 2008 con el Servet, está dirigido a sus cerca de 6.000 empleados.

Gracias al plan del Santander “Queremos ser tu banco”

“En el Santander, **queremos ser tu Banco** —afirman desde la entidad— y por eso nuestros clientes, sólo por tener domiciliada la nómina, los seguros sociales si son autónomos, tener una hipoteca, un plan de pensiones con aportación anual superior o igual a 600 euros, o ser titular de al menos 500 acciones Santander, se ahorran las comisiones de servicio indefinidamente”. ¿Y qué se entiende por comisiones de servicio? Son las que referidas a:

- Administración y mantenimiento de libretas de ahorro y cuentas corrientes.
- Emisión y renovación de la tarjeta de débito.
- Retirada de efectivo con tarjeta de débito y consulta en cajeros Santander.
- Ingreso, negociación y emisión de cheques.
- Disposición de efectivo en ventanilla en oficinas del Santander.
- Transferencias, giros y órdenes de pago nacionales y a la Unión Europea hasta 50.000 euros.

El acuerdo, además, contiene **condiciones especiales para préstamos personales e hipotecarios**, depósitos con remuneración especial, tarjetas gratuitas y descuentos especiales en todo tipo de seguros. Adicionalmente, el banco se encarga de realizar todas las gestiones para domiciliar sus recibos en la cuenta abierta por el cliente, (teléfono, energía eléctrica, agua, etc.), sin ningún coste. Para ello, es suficiente con proporcionar al banco una copia del último recibo abonado.

En Banco Santander pueden facilitar también a los empleados del Miguel Servet el adelanto de



Comisiones 0 para los empleados del Hospital Miguel Servet.

la nómina, estando domiciliada, para financiar el consumo mediante un préstamo. El préstamo *Reflexión 6 x 6*, por ejemplo, supone el adelanto de seis mensualidades (con un importe máximo de 12.000 euros) y en un plazo máximo de 36 meses. Pero si el préstamo se amortiza durante los seis primeros meses, el tipo de interés aplicado sería del 0%. Y todo ello, con la garantía del banco líder en España por solidez y fortaleza de marca.

La estrategia que abrió nuevos horizontes... y que nadie se atrevió a replicar

Queremos ser tu banco, el plan estratégico que Banco Santander lanzó a comienzos de 2006,

Más de 4 millones de clientes son beneficiarios de este plan, que ha conseguido atraer a 1,2 millones de nuevos clientes desde su lanzamiento, y ya no pagan comisiones de servicio.

Un buen resumen de lo que significó *Queremos ser tu banco* se encuentra en el titular que *Financial Times* le dedicó el día de su lanzamiento: “Santander abre nuevos horizontes con su banca sin comisiones”. La iniciativa era —y es— mucho más que dejar de cobrar comisiones, más que adelantarse y poner en jaque al sector financiero, como de hecho consiguió. *Queremos ser tu banco* inauguró un nuevo modelo de relación basada en el compromiso y la confianza del que se benefician cerca de 4 millones de clientes. Sin duda, el banco abrió un nuevo horizonte al que pronto otras entidades intentaron incorporarse.

Sólo de este modo, con la absoluta transformación del modelo de relación banco-cliente, se han podido conseguir los objetivos de *Queremos ser tu banco*: el banco ha pasado de 7,4 millones de clientes en 2005 a más de 8,7 millones a finales de 2008.

ha cumplido tres años y está más vigente que nunca. El mercado internacional, los reguladores y, sobre todo, las circunstancias de la crisis económica, han hecho que se hable ahora de la

confianza de los clientes como la única base sólida de las relaciones entre personas y entidades financieras. La filosofía de *Queremos ser tu banco*, hace años que lo puso en práctica...

RECETA

Los cocineros Rafael Sicilia y Alfonso Mora, del restaurante del hotel Boston de Zaragoza, vinieron a las cocinas del Servet para elaborar con los trabajadores del centro el menú que se sirvió el día de la Cincomarzada de dieta basal (la que se sirve a aquellos pacientes sin restricciones médicas). El menú ofrecido fue, de primero, borrajas a la aragonesa con setas del Moncayo y longaniza o pimientos rellenos de bacalao con salsa bechamel y borraja; de segundo, jarretes asados a baja temperatura con pisto aragonés, y de postre, hojaldre de manzana.

Con la colaboración de ambos cocineros se ha continuado



la iniciativa del centro sanitario de servir recetas de prestigiosos chefs de la ciudad a los pacientes en días festivos. El proyecto comenzó para las fiestas de Navidad y ha continuado para otras festividades, como San Valero, la Cincomarzada o San Jorge.

Borrajas a la aragonesa con setas del Moncayo y longaniza

Ingredientes (para una persona):

- 400 gramos de borraja limpia.
- 125 gramos de setas (mejor si son de temporada).
- 60 gramos de longaniza.
- 2 dientes de ajo secos laminados.
- 4 cucharadas soperas de aceite de oliva virgen.
- Sal fina al gusto.

Elaboración:

Se vierte el aceite y el ajo laminado en una cazuela y, cuando esté a medio a hacer, se añade la longaniza cortada a cuartos. Se rehoga unos cinco minutos. Se añaden las setas cortadas en juliana y se dejan otros cinco minutos rehogando.

Se echa la borraja limpia y se deja sofreír quince minutos a fuego lento. No es preciso añadir agua. Es suficiente con la que desprende la borraja y las setas. Al final, añadir la sal al gusto.

Acuerdo con el aparcamiento Romareda

Los trabajadores del Hospital Universitario Miguel Servet pueden disfrutar de unas especiales tarifas de aparcamiento tras el acuerdo alcanzado entre el centro sanitario y el nuevo estacionamiento.

El abono de 24 horas de un solo mes asciende a 103,55 euros, mientras que los empleados del Hospital pueden obtener un abono de 100 horas, del que disponer en cualquier franja horaria, por 38 euros al mes. También para empleados del hospital se ofrece un abono de 190 horas en cualquier franja horaria por 45 euros al mes.

Abono	euros/mes
24 horas (anual)	62,13
24 horas (un solo mes)	103,55
Diurno (laborables, de 7 a 23 h; fines de semana y festivos, 24 horas)	54,50
Mañana (laborables, de 8 a 15.00)	50,00
Tarde (laborables, de 14 a 23 h; fines de semana y festivos, 24 horas)	40,00
Nocturno (laborables, de 19 a 9 h; fines de semana y festivos, 24 horas)	30,00
Empleados HUMS (190 horas, en cualquier franja horaria)	45,00
Empleados HUMS (100 horas, en cualquier franja horaria)	38,00
Tarjetas prepago:	
20 horas	28,80
30 horas	33,60
40 horas	35,00
Semana	45,00
Periodo comprendido entre una semana y un mes	Parte proporcional del precio/mes

AGENDA

Jornada de Formación del Comité de Ética Asistencial

28 de abril - Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Durante la jornada, el doctor Diego Gracia, Catedrático de Historia de la Medicina y Director del Máster de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid, hablará sobre "El Método de la Deliberación en Bioética" y "¿Quién debería tomar las decisiones sanitarias?".

BANDEJA DE ENTRADA

Fundación Vicente Ferrer en Anantapur (India)

Sara Serrano Ruiz, del Laboratorio de Microbiología, nos envía un texto en el que destaca el trabajo sanitario que la Fundación Vicente Ferrer está realizando desde hace 55 años en una de las zonas más pobres de India y del que se benefician 2.500.000 personas. La fundación ha construido 3 hospitales generales, un centro de planificación familiar, otro de tratamiento y atención a enfermos de sida y 11 clínicas rurales, además de pozos, canalizaciones de aguas y otras instalaciones para evitar infecciones. Asimismo, ha creado una amplia



Interior del Hospital General de Bathalapalli.

red sanitaria rural de gran eficacia formada por 26 médicos, 102 enfermeras y 952 trabajadoras de la salud.

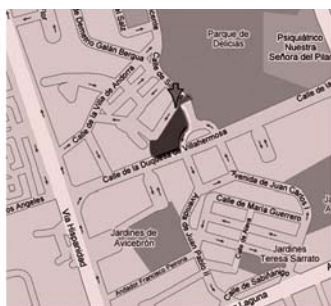
www.fundacionvicenteferrer.org
zaragoza@fundacionvicenteferrer.org

revista.sectorII@salud.aragon.es



¿Todavía no eres donante?

Ven a conocernos



PARKING GRATUITO PARA DONANTES EN EL BANCO

HORARIOS: de 8,00 a 21,00 horas. Sábados: de 8,30 a 14,00 horas

Líneas de autobús: 38, 31, 22, 42 y 53

C/ Ramón Salanova, 1
(entrada también por Duquesa Villahermosa)

