

Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 127 12 de marzo de 2010 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente



Cómo salvar la brecha generacional

Pág. 38

ADEMÁS

JORNADA AUTONÓMICA
Nuevas tecnologías
y Biomedicina
en La Rioja

(págs. 10-13)

SILT Profesional

Seguro de Incapacidad Laboral Temporal



Confíanos tu tranquilidad laboral

Ventajas:

- Podrás percibir una indemnización diaria de hasta 12 ó 18 meses, como tú decidas.
- Y si no lo utilizas, puedes obtener importantes descuentos en la prima de años sucesivos por no siniestralidad, hasta un 25% de bonificación.
- Con franquicia a tu elección: De 7, 15 ó 30 días.

bonus-malus

Coberturas:

- Incapacidad Laboral Total Temporal.
 - Cobertura de Baja durante el Embarazo*.
 - Cobertura de Parto*.
- Fallecimiento por cualquier causa (mín. 500€).
- Indemnización adicional por hospitalización.

Conciliando maternidad y vida laboral

* Ambas coberturas tienen un periodo de carencia de 24 meses y son extensión de la cobertura de baja laboral para mujeres menores de 45 años.

La seguridad de saber que tus ingresos estarán siempre garantizados

SILT Seguro de Baja Laboral Total Temporal

Un seguro indispensable para profesionales que ejerzan por cuenta propia y muy necesario como complemento para quien trabaje por cuenta ajena.

PSN
PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

Villanueva, 11 - 28001 Madrid
Oficina de Servicio al Mutualista 902 100 062
osm@psn.es www.psn.es

Valencia
5,6,7 Mayo 2010



XIII CONGRESO
de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA
Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

**Palau de la Música
y Congressos de Valencia**

*La salud laboral:
compromiso de todos*



www.semst.org

Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º • 28041 Madrid
Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75
E-mail: lpanizo@drugfarmacongresos.com

Compromiso de Novartis con España

Comprometidos

Innovación; Cuidamos y Curamos;
Apuesta por el talento;
Responsabilidad y gestión ética



Innovación

El equipo médico de investigación y desarrollo de Novartis Farmacéutica en España cuenta con unos 120 profesionales, colabora con más de 2.600 investigadores externos y ha realizado alrededor de 160 ensayos clínicos en 2009.

Fomentamos la intervención en proyectos de investigación traslacional.

Exportamos medicamentos a 121 países en base a los más altos estándares de innovación tecnológica.

Cuidamos y Curamos

Defendemos el derecho a la salud y cooperamos con profesionales sanitarios, Instituciones, Universidades y la Administración para investigar, tratar y prevenir las enfermedades y aportar soluciones innovadoras para mejorar la salud.

Las personas y su cuidado son nuestra razón de ser.

Apuesta por el talento

En Novartis sabemos que nuestro éxito depende de la creatividad, dedicación y desarrollo de las personas que conforman la organización.

Estamos comprometidos en facilitar oportunidades de crecimiento, así como en proporcionar un entorno de mejora continua.

Queremos ser reconocidos por ofrecer el mejor lugar para trabajar y las mejores oportunidades de carrera profesional.

Identificar y desarrollar el talento es una prioridad clave para Novartis.

Responsabilidad y gestión ética

En Novartis llevamos a cabo nuestra gestión de forma responsable, nos comprometemos con los pacientes, nuestros empleados y comunidades, en la protección del medio ambiente, y con la mejora del acceso a medicamentos en entornos desfavorecidos.

Fomentamos las actividades encaminadas al avance y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, así como la formación continuada para los profesionales sanitarios.

Innovación responsable para ti

38 | EN PORTADA

Los médicos mayores se caracterizan por ser siempre muy trabajadores y leales a un sólo empleo en su vida profesional. Consideran que el sacrificio personal es una virtud y tienen un fuerte respeto por la autoridad, mientras que para los médicos jóvenes el trabajo es sólo un aspecto más, tienen diversos empleos en su vida profesional y algunos incluso piensan que el sacrificio debe hacerse sólo de forma ocasional. Los nefrólogos, José María Alcázar (65 años) y José Antonio García-Donaire (35 años), coinciden en que a los médicos de la segunda generación les "gusta mucho más disfrutar la vida".



JORNADAS AUTONÓMICAS

10 Nuevas tecnologías y Biomedicina en La Rioja

Con la puesta en marcha de un moderno y ambicioso Centro de Investigación Biomédica (CIBIR) y una aplicación muy avanzada de las tecnologías de la información y comunicación, La Rioja pretende mejorar la calidad asistencial y dotar de más eficiencia a su sistema de salud.

AULA DE GESTIÓN SANITARIA

32 Equidad, cohesión e innovación

El modelo descentralizado distribuido en los servicios regionales está mostrando cierta fragilidad en los elementos de cohesión.



MEDICA 2009

23 Düsseldorf, escaparate internacional de la Medicina y la industria farmacéutica

La Feria MEDICA de Düsseldorf es el evento mundial más importante para los expertos de la Medicina, que presenta innovaciones técnicas y médicas, productos médicos de todo el mundo y las últimas tendencias de la industria farmacéutica.





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.

TRASPLANTE
UROLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ANTI-INFECIOSOS

 **astellas**
Leading Light for Life

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaria de redacción

Cristina García Blanco
medeconomics@drugfarma.com

Traducción

Laura Piperno

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

Manuel Jurado
Tel.: 91 500 20 77
suscripciones@drugfarma.com


Tarifa ordinaria anual 113 €
Tarifa instituciones anual 140 €
Ejemplar suelto 6 €
Ejemplar atrasado 9 €
Precios válidos para España, IVA incluido

Fotomecánica e impresión:
Litofinter Industria Gráfica

© 2010

**Spanish Publishers
Associates, S. L.**

Antonio López, 249-1º Edif.
Vértice
28041. Madrid.
Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075
E-mail: spa@drugfarma.com
Numancia, 91-93. 08029.
Barcelona
Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345
ISSN: 1696-6163
D.L.: M-35829-2003
S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por 

ACTUALIDAD

- 5 Termómetro
- 8 Profesión/Finanzas
- 14 Con ojo clínico

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 15 Gestión de Calidad.
Enfermería
Cuidados en el domicilio
- 18 Capital Riesgo
Las TIC, motor del cambio sanitario
- 34 Internet y Medicina
La digital, otra brecha generacional
- 36 Inversiones y Valores
2010, el año de los fondos de inversión

Y ADEMÁS...

- 6 De Cerca
- 46 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que la actual relación
médico-paciente es mejor
que hace años?

Participe a través de nuestra web:
www.medecoes.com

* Los resultados serán publicados en números
posteriores de Medical Economics

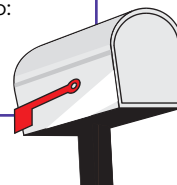


ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de www.medecoes.com en la encuesta sobre la economía de las consultas privadas, para obtener el perfil del médico con ejercicio privado.

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web:
www.medecoes.com



Las secciones Golf y Las tres de últimas se han elaborado con la colaboración del Grupo Nuevo Lunes.

MEDICAL ECONOMICS no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados.

MEDICAL ECONOMICS Edición Española es una publicación de Spanish Publishers Associates (SPA) Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid, editada en colaboración con Advanstar Medical Economics.

© Copyright 2010 Advanstar Communications Inc. All rights reserved. Medical Economics is a trademark belonging to Advanstar Communications Inc., located in Duluth, Minnesota, USA. Published under license.

© Copyright 2010 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitalares

Marta Aguilera Guzmán

Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Margarita Alfonso Jaén

Secretaria General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walther

Jefe de Servicio de Neumología
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones
United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero

Director
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz

Farmaceutur Abogados y Presidente de la Asoc. Española de Derecho Farmacéutico

Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección
Instituto de Salud Carlos III

José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología.
Fac. de Medicina. Univ. de Salamanca

Carlos Belmonte Martínez

Director de Instituto de Neurociencias de Alicante

Miquel Bruguera i Cortada

Presidente
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

Guillermo Castillo Acero

Director de Acceso a la Salud y Comunicación de Grunenthal
Director Fundación Grunenthal

Enrique Catalán López

Consejero Delegado de Xanit H.C.M

Ana Céspedes Montoya

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

Jaime del Barrio Seoane

Presidente del Instituto Roche

Manuel Díaz-Rubio García

Presidente. Real Academia Nacional de Medicina

José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

Joaquín Estévez Lucas

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud

José Fernández-Vigo López

Director Médico
Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

Francisco Vicente Fornés Úbeda

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

Antoni M. Fuster Miró

Gerente Unión Balear de Entidades Sanitarias

Abelardo García de Lorenzo y Mateos

Jefe Clínico Servicio de Medicina Intensiva
Hospital Universitario La Paz (Madrid)

José Angel García Rodríguez

Presidente. Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico. Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

Abraham Herrera

Jefe de RR.II y Política Sanitaria de Bayer Schering Pharma

Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Alvaro Hidalgo Vega

Departamento de Economía. Universidad de Castilla-La Mancha

Héctor Jausás Farré

Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico. Dirección General de Farmacia

Diego López Llorente

Presidente de Club Médico

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López Abuin

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales
Chiesi España

Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente
Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

Fernando Mesa del Castillo

Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

Regina Múzquiz Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales
Sanofi-Aventis

César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología
Facultad de Farmacia UCM

José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología
Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas
Merck Sharp & Dohme España

José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad. PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

Emilia Sánchez Chamorro

Dirección de Desarrollo Profesional y Estratégico
Orden Hospitalaria San Juan de Dios

Eugeni Sedano i Monasterio

Director de RR.II. Laboratorios Dr. Esteve

José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica
Facultad de Medicina. UAM.

Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

Javier Subiza Garrido-Lestache

Director. Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

Luis Truchado Velasco

Director
EuroGalenus-Executive Search Consultants

Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

Luis Verde Remeseiro

Director del Área Sanitaria de El Ferrol (A Coruña)

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García

Médico de Familia
Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho Ambiental

Jose María Martínez García

Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad

Charo Vaquero Ruipérez

Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

Derecho/Malpraxis

Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario
Facultad de Medicina UCM

Ricardo de Lorenzo y Montero

Bufete De Lorenzo Abogados
Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico Contencioso
Bufete De Lorenzo Abogados

Impuestos/Finanzas

Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia
Renta 4 Sociedad de Valores

José Ignacio Alemany

Socio Director
Bufete Alemany Escalona & Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras

Médico Gerente
Incubación Proyectos Empresariales
-Medi Tecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información
Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García

Gerente de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

Vanessa Asenjo

Directora de Calidad y Atención al Paciente de USP Hospitalares

El Termómetro

Sobrepeso demográfico

Cada día nos abruma con noticias relacionadas con la prevención de la salud en sus diferentes modos y maneras. Vivimos en unos tiempos en los que el desamparo y la desatención a nuestros mayores es más patente, las eternas jornadas laborales, el necesario rédito en términos de realización personal, el derecho al descanso y al paréntesis personal, las vacaciones acumuladas, los momentos irrenunciables de ocio y divertimento, etc. hacen que cada vez las edades avanzadas de la vida se encuentren ante un espejo de soledad, desamparo y, por qué no decirlo, de olvido. Hoy día el hecho de ser mayor empieza a no considerarse como un estatus de respeto y admiración, sino más bien todo lo contrario, un motivo de oprobio y desaprobación, agudizado por la crisis de valores que sufrimos en nuestra sociedad más que avanzada de la comunicación y las nuevas tecnologías, frías y paradójicamente generadoras de distancia, lejanía y desapego.

Qué dicotomía y qué asimetría entre estas dos realidades, sufrimos como sociedad un ansia de la eterna juventud y por otro lado padecemos una situación de “sobrepeso” demográfico, según dicen las estadísticas, por el cual en unos años buena parte de la población va a engrosar las filas de la pirámide de población de perfil envejecido, acumulando puntos para tratar de cobrar una pensión de la que no se sabe si algún día podrá o no percibir. Estamos, como dicen los expertos, en un proceso de geriatización taxativo y patente de nuestra sociedad consecuencia del conocido como *baby boom* del período de industrialización.

Qué hacer si la ecuación no cuadra en términos numéricos fríos y calculados, cuál es la hipótesis sobre la que trabajar y la tesis que alimentar. Todo apunta hacia una prolongación de la edad de jubilación sustentada en un sin fin de argumentaciones y diatribas desarrolladas con mayor o menor fortuna. Mi pregunta es: ¿cómo es posible que hayamos llegado a este punto de ruptura de un sistema

aplaudido por muchos como modélico, ejemplar y *quasi* único en el mundo? Pues bien, la respuesta que me doy es la falta de previsión. Estamos constantemente haciéndonos trampas en el solitario.

Las cuentas de la seguridad social ni siquiera salen hoy, aunque los expertos apunten cifras de superávit de las que nadie sabe bien hasta cuándo alcanza. La proyección social teniendo en cuenta datos demográficos evidencia que el sistema tal y como lo conocemos tiene sus días contados. No es posible conciliar una tasa de natalidad pírrica con un “sobrepeso” de clases pasivas con un perfil de crecimiento constante hasta el punto de terminar invirtiendo la curva de la pirámide de población.

Pero aún siendo este problema relevante, tanto lo son los costes sufragados por nuestro reputado sistema nacional y/o autonómico de salud. En una sociedad geriatizada lo primero que se incrementa son los gastos destinados a la prevención y cura de la enfermedad. De todos es sabido que el mayor porcentaje de gasto en términos de catálogo de productos y servicios se lo llevan los segmentos de edad más altos, máxime teniendo en cuenta que la medicina es una ciencia en constante avance y evolución y por lo tanto, cada vez dispone de sistemas y productos más sofisticados y por lo tanto más onerosos.

La cuestión final es la urgencia en acometer este problema surgido del sobrepeso y la falta de previsión. Espero que aún estemos a tiempo para generar un debate social y con él tratar de aportar posturas de consenso de todas las partes implicadas que hagan que de verdad se llegue a una solución compartida a este acuciante problema y no continuemos haciéndonos trampas en nuestro solitario, dejando pasar la patata caliente a quien venga detrás, ya que quienes llegan son nuestros hijos y las generaciones futuras. No nos juguemos su futuro en aras a un presente incierto. ■



Fernando Mugarza*

*Director de Comunicación de PharmaMar. (Grupo Zeltia). Ex presidente y miembro de honor de Forética. Coordinador de RSC del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.

Juan Rodés Teixidor, catedrático de Patología Digestiva y director del Instituto de Investigación Biomédica del Hospital Clínic

“Siempre he sido un pragmático y posibilista”

Calidad y calidez humana respira Juan Rodés Teixidor (Barcelona, 1938), un hombre hecho –desde la humildad y la inteligencia– en, por y para el Hospital Clínic, que dirigió durante cinco años. En un despacho (“provisional, hasta que en mayo nos mudemos al nuevo edificio”) de ejecutivo de segunda (mesas negras, caramelos con azúcar en el centro de una de ellas, carteles enmarcados en vez de cuadros originales y un puñado de libros), frío y anodino, este investigador de primera confiesa ser “un pragmático y un posibilista”, que siempre ha ido a lo suyo, a pesar de haber estado en el escenario del Mayo del 68 francés y asesorar, desde el año 2001, a cinco ministros.

Por Gonzalo San Segundo

PREGUNTA: Nació en 1938 en Barcelona. Hábleme de su infancia, de sus padres, la influencia que ejercieron en usted...

RESPUESTA: Mi infancia fue la de un niño de la postguerra, con lo que esto significa: mucho frío en invierno y poca comida, en definitiva, mucha miseria. Mi familia, relativamente humilde, no tenía bienes. Mi padre era tapicero y mi madre cosía, e hicieron su sacrificio para que yo estudiara Medicina. Éste es un resumen de la España gris de la época.

P. ¿Y a qué se debió el estudiar Medicina?

R. Mi abuelo, por parte de mi madre, era médico de pueblo, pero murió cuando mi madre tenía un año, lo que condujo a la familia, con siete hermanos, a la miseria. Pero mis padres no querían que yo estudiara Medicina, fui yo quien lo decidí a los 17 años. Me gustaba la investigación y tener contacto con el ser humano.

P. Tras estudiar la carrera en la Universidad de Barcelona, continuó su período de formación en la Universidad de París, en el Hôpital Saint Antoine. ¿Por qué eligió este lugar?

R. Quería dedicarme a la investigación clínica y también hacer algo que muy poca gente hacía entonces, no solamente en España, sino en Europa y en Estados Unidos, y era el estudio de las enfermedades hepáticas. Pensé que esto podía ser un motivo importante de desarrollo científico, y tomé la decisión de marcharme a París porque allí había una escuela de hepatología muy potente, dirigida por Jacques Caroli. Y allí estuve cuatro años, me formé en la hepatología y conocí un tipo de medicina distinto al que se desarrollaba en España, a excepción de la Fundación Jiménez Díaz, que era la medicina científica.

P. Y en París vivió el Mayo del 68. ¿Cómo lo recuerda?

R. Aquello era una locura, un movimiento libertario que no conducía a nada, pero hizo que la gente se plantease que no podía continuar con el mismo *establishment*, que era necesario un cambio, desde el punto de vista humano y científico. No participé en ninguna de las revueltas ni manifestaciones. Los acontecimientos no me dejaron ningún poso. Yo iba a lo mío, a trabajar, aunque sí tuvo importancia. En España facilitó el que la gente que no estaba de acuerdo con el sistema universitario de la época se pusiese en

movimiento y hubiese una actividad potente a nivel social.

P. Le dejara o no influencia el Mayo del 68, usted, como Humphrey Bogart, dirá “siempre nos quedará París...”

R. Sí, sí, por supuesto. Lo más importante de París para mí fue descubrir la medicina científica. Y esto fue lo que después me estimuló para crear, en 1969, la Unidad de Hepatología en el Hospital Clínic de Barcelona. Fue una época en la que los médicos asistíamos gratis en el hospital. Vivíamos de la actividad que realizábamos fuera del hospital: consulta privada el que la tenía, guardias, sustituciones en el seguro... Los únicos que cobraban de la Seguridad Social eran los médicos de cupo. Se vivía mal. Así es que hice oposiciones al Ayuntamiento de Barcelona, las gané, y con esto ya me podía mantener.

P. Desde 1968 ha realizado toda su carrera profesional en el Clínic. ¿Tiene esto algo que ver con esta frase suya: “Lo natural es envejecer juntos?”

R. [Risas]. Vamos a ver. Cuando uno otea el horizonte en España, se da cuenta que este hospital es muy peculiar. Aquí tenemos contrato labo-

ral, un convenio colectivo, una carrera profesional distinta a la que tiene la Seguridad Social, se separa cargo de categoría..., y todo esto implica que gente de muy alto nivel puedan trabajar juntos en el mismo servicio y que el jefe de servicio pueda ser cambiado si, al cabo de cuatro años, no realiza bien su actividad. Por otro lado, tenemos un año sabático para que uno pueda perfeccionar su carrera fuera de España, lo que ya ha sido aprovechado por 125 médicos.

P. ¿La edad doma las ideas igual que la música amansa las fieras?

R. Creo que sí, y se puede establecer como una generalidad del ser humano. Los franceses dicen (traducido): "La juventud a la izquierda y los viejos a la derecha". Yo no lo veo así, pero la edad sí que modera la situación. La juventud tiene que ser rebelde, si no no es juventud. Pero ha de imperar la meritocracia y no la dedocracia. En España suele ser al revés.

P. Al parecer, Ciril Rozman y usted mantuvieron una sorda pugna por hacerse con el poder en el Clínic...

R. No, esto no es cierto. La pugna fue que una editorial se me acercó para que se publicara un libro sobre Medicina Interna que compitiera con el de Farreras y Rozman. Pero fue una pugna transitoria, se publicó el libro y ya está. Indudablemente tiene más potencia el libro clásico de Farreras que el que se publicó aquí, que sólo lleva tres ediciones. Son pequeñas discrepancias que no se han traducido en enemistad, nunca.

P. ¿Siempre dice lo que piensa? ¿Nunca se muere la lengua?

R. Muchas veces. Soy de los que piensan que a veces ser sincero es ser maleducado.

P. Veo que es usted muy pragmático...

R. Seguro. Siempre he sido un pragmático y posibilista. Nunca me he

metido en camisas de once varas. Pero, ante la complejidad de los asuntos que emprendo, me crezco.

P. Supongo que una persona tan brillante como usted habrá tenido tentaciones políticas para ocupar algún cargo público...

R. Jamás he aspirado a un cargo político. Lo único político que he tenido en mi vida, si se puede catalogar así, es que soy, desde el año 2001, presidente del Consejo Asesor del ministro de Sanidad. Y cuando en ese año Celia Villalobos me propuso para ese cargo, yo puse dos condiciones: seguir trabajando en el Hospital Clínic y no cobrar, porque si no cobraba era totalmente independiente. Sólo cobraba, y cobro, los gastos.

P. En ese cargo, ¿con qué ministro o ministra ha sintonizado mejor y por qué?

R. Con todos. Con Celia Villalobos se crearon los institutos de investigación sanitaria; fue una idea compartida entre Antonio Campos, que era director del Instituto de Salud Carlos III; Manolo Carrasco; y yo.

P. En su currículum hay dos cruces: la Cruz de Sant Jordi, que le otorgó la Generalitat de Cataluña en el año 2001, y la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad, que le concedió la ministra Elena Salgado en el 2007. ¿Y en su experiencia vital, lleva alguna cruz?

R. La muerte de mi hija. Murió en 1988, tenía diez años. Era la pequeña de tres hijas.

P. Creo que en una intervención quirúrgica estuvo a punto de morir...

R. Sí, pero no fue un error médico, como se ha dicho. Fue una complicación por un estafilococo. Y gracias a los médicos y a este hospital me curé. Hace más de 20 años.

P. En el año 2002 fue investido doctor honoris causa por la



"Me gustaría ser recordado como el creador de la hepatología en España".

Universidad Miguel Hernández de Elche junto con el cineasta Luis García Berlanga. ¿Conoce las obras de esos autores?

R. De los dos. De Hernández podría citar la profundidad del pensamiento y la relación del ser humano con la sociedad. Y de Berlanga, la sátira de la sociología de la España del franquismo, sobre todo en *Plácido*.

P. Y esto me lleva a preguntarle por sus aficiones...

R. Pues me gusta la lectura y la música. Mi mujer, Paula Torrontegui, una bilbaína a la que conocí en mi estancia en París, es catedrática de piano. Además, hago ejercicio caminando por las calles de Barcelona.

P. Toquemos la última tecla de esta entrevista. Tiene un currículum muy denso y difícil de resumir. Dígame un par de aspectos por los que le gustaría ser recordado...

R. [Pausa] Pues no sé, tal vez como creador de la hepatología en España y un miembro más que cree que la Medicina tiene que ser científica. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

246

por ciento se revalorizó la inversión de vivienda entre 1994-2007.

333

por ciento más se revalorizó en acciones y participaciones.

75

por ciento del patrimonio de las familias está invertido en una vivienda en propiedad.

86

por ciento de los españoles poseen vivienda en propiedad.

19

por ciento menos que en el conjunto de Europa.

Fuente: Informe FUNCAS.

BOLSA

Las empresas del Ibex ganan un 21 por ciento menos en 2009

El beneficio de las empresas del selectivo índice español Ibex-35, excluido Inditex, obtuvieron en el 2009 un beneficio conjunto de 42.532 millones de euros, un 21,15 por ciento menos que en el año anterior. Esta caída (descenso por segundo año consecutivo) es la más importante desde el año 2002. A pesar de la caída del resultado, un total de 16 compañías consiguieron elevar sus resultados con respecto a 2008: Banco Santander, Telefónica, Acciona, Gas Natural, Mapfre, Abertis, REE, Enagás, Bankinter, Grifols, Indra, Ebro Puleva, Abengoa. OHL, Técnicas Reunidas y Sacyr Vallehermoso. El Santander lideró los beneficios del Ibex, con 8.943 millones de euros de ganancias (un 0,7 por ciento más), seguido de Telefónica, con 7.776 millones, arriba un 2,4 por ciento.



INDUSTRIA FARMACÉUTICA

El beneficio neto de Grifols se incrementa un 21,6 por ciento en 2009

Grifols ha cerrado el ejercicio correspondiente al año 2009 con una cifra de negocio que asciende a 913,2 millones de euros, lo que representa un crecimiento del 12,1 por ciento en relación con 2008. La evolución de las ventas ha sido favorable en los cuatro trimestres de forma independiente, logrando récord de facturación en los tres primeros meses del año. El crecimiento en términos recurrentes ha sido del 10,1 por ciento, excluyendo el efecto de las variaciones de tipo de cambio y la integración de las ventas del grupo australiano adquirido en el ejercicio. Por otro lado, Almirall ha comunicado que sus diez productos principales –que representan el 63 por ciento de sus ventas netas– aumentaron un 5,8 por ciento su facturación, mientras que los seis primeros crecieron un 10,7 por ciento.



PROFESIÓN MÉDICA

La Facultad de Medicina de Navarra, líder en MIR

El Ministerio de Sanidad ha hecho público el listado provisional de las posiciones del último examen MIR. La facultad con más alumnos entre los cien primeros es la de Navarra con 9, dos menos que el año pasado. Le siguen la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco (8), desde donde se ha presentado al examen el número uno de la prueba; la de la Universidad Autónoma de Madrid, con 8 –doce menos que en la pasada convocatoria– y la de la Autónoma de Barcelona, también con 8, cinco más que en 2009. Entre estas facultades y la de Valencia (7), la Complutense de Madrid (6), la de Zaragoza (6) y la de Granada (6) suman 61 de los cien primeros.



REDES SOCIALES PARA PROFESIONALES

Medbook.es, punto de encuentro de más de 6.000 profesionales de la salud

La red social para profesionales de la salud, Medbook.es, ha cumplido su primer año de vida. A lo largo del mismo, se han ido incrementando los servicios y prestaciones de esta red, que actualmente une, a las funciones típicas de las redes sociales tipo Facebook o Tuenti, la facilidad para el profesionales de publicar *blogs*, participar en foros de opinión y crear colecciones de fotografías y vídeos para su difusión entre los profesionales. Medbook cuenta actualmente con más de 6.000 miembros activos y dispone de 135 grupos temáticos, más de 2.600 fotografías, 470 vídeos, 231 foros de discusión y más de 1.400 comentarios en *blogs*.



ECONOMÍA

32.300 millones en dividendos

Unipapel pasará un dividendo ordinario, a cuenta del ejercicio 2009, de 0,13 euros por acción; el 12 de abril BBVA abonará a sus accionistas un dividendo complementario, también correspondiente a 2009, de 0,15 euros por título, y Banesto tiene prevista hacer lo mismo el 3 de mayo por un importe de 0,14 euros la acción. Las cotizadas españolas repartieron en 2009 entre sus accionistas 33.892 millones de euros, un nuevo récord histórico, lo que representa un 19 por ciento más el año anterior, según Bolsas y Mercados Españoles (BME). De esta cantidad, 32.298 millones correspondieron a dividendos, 1.590 millones a primas de emisión y 3,83 millones a devolución de aportaciones. El tirón del incremento en los dividendos ha sido posible gracias al dividendo extraordinario repartido por Endesa en febrero, que fue de 4.556 millones.



DESARROLLO SOSTENIBLE

La Comisión Europea busca mejorar el comportamiento energético de los hospitales

Con el objetivo de ahorrar al menos un 17 por ciento en el consumo de energía, la Comisión Europea está promoviendo diversos programas de investigación, sobre todo en las áreas de logística y transportes, construcción de edificios y automoción para 2020. Todo ello mediante la investigación y el desarrollo de TIC, que ya de por sí significan el 8 por ciento de toda la energía eléctrica consumida en la UE. La Comisión ha elegido para pilotar estos proyectos, tanto a entidades públicas como privadas. El sector sanitario es uno de los sectores en los que antes se pueden obtener resultados satisfactorios y, por ello, se ha creado el proyecto HosPilot que, coordinado por Philips Lighting, tiene como objetivo generar una metodología que mejore el comportamiento energético de los hospitales.



NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

¿Está de acuerdo con el modelo de seguro privado existente en España?

En absoluto, se necesita un modelo totalmente nuevo.

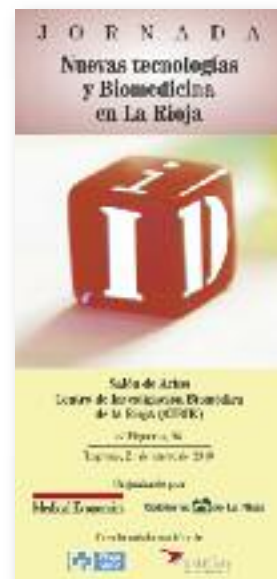


La mayor parte de nuestros lectores (31 por ciento) no está de acuerdo con el modelo de seguro privado porque tiene una cobertura paralela al público, mientras que a un alto porcentaje, un 27 por ciento, le parecería bien sólo si se aprovecharan más sus capacidades. Mientras un 23 por ciento asegura estar de acuerdo con el modelo porque alivia la presión del sistema público, el 12 por ciento restante dice no estar de acuerdo en absoluto con el modelo de seguro privado, pues se requiere un modelo nuevo.

Las encuestas vía Internet de Medical facilitan datos que reflejan la participación de los lectores y, por tanto, no tienen validez estadística.

La apuesta de La Rioja por las nuevas tecnologías y la biomedicina

Con la puesta en marcha de un moderno y ambicioso Centro de Investigación Biomédica (CIBIR) y una aplicación muy avanzada de las tecnologías de la información y comunicación, la Comunidad Autónoma de La Rioja se engancha al tren de la Sanidad del siglo XXI con el fin de mejorar la calidad asistencial y dotar de más eficiencia a su sistema de salud.



Gonzalo San Segundo

Las nuevas tecnologías y la investigación biomédica “son dos temas esenciales que sirven de apoyo al sistema sanitario”, afirmó José Ignacio Nieto García, consejero de Salud del Gobierno riojano, en la inauguración de la jornada *Nuevas Tecnologías y Biomedicina en La Rioja*, organizada por la revista MEDICAL ECONOMICS, con la colaboración de Astellas Pharma, el pasado 21 de enero.

Nieto se refirió al Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR), inaugurado en mayo de 2007,

destacando sus líneas fundamentales de investigación: oncología y su Unidad de Cáncer de Pulmón de reciente incorporación, enfermedades infecciosas, laboratorio de microbiología molecular, economía de la salud y tecnologías de la información y comunicación (TIC). “Le hemos dado un impulso importante a la investigación en oncología”, remarcó, formulando el deseo de que “cuanto antes sean aplicables a los pacientes los resultados de la investigación”.

Ante un auditorio cercano al centenar de personas (gerentes de hospi-

tales y centros de salud, investigadores, docentes, expertos y altos cargos de la administración sanitaria regional), el consejero de Salud destacó que en el capítulo de nuevas tecnologías “hemos hecho una apuesta importante”, especialmente en la implantación de la historia electrónica de salud (HES), lo que “hemos hecho con imaginación, fe y un buen equipo”.

Más que imaginación y fe, el equipo de expertos que intervino a continuación derrochó concisión, sabiduría y pedagogía, cada uno en su área de especialidad. Así, Juan Rodés i Tei-



De izda. a dcha., Honorio Bando, el consejero de Salud, José Ignacio Nieto, Manuel García Abad y Asunción Somoza.



M^a Luz de los Mártires destacó la importancia en las TIC sanitarias.

xidor, director del Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Suñer (IDIBAPS) del Hospital Clínic de Barcelona, en su conferencia *Retos de la biomedicina actual*, destacó que la inversión en I+D está “directamente relacionada con el desarrollo económico de un país, y que se transforma en pocos años en un crecimiento del PIB”. No obstante, “hay desconexión en todo el mundo entre la práctica clínica y la investigación biomédica”. Y, como ejemplo, apuntó que menos del 5 por ciento de los estudios publicados “son válidos y relevantes para los clínicos o para su aplicación a los pacientes”.

Rodés sostuvo que la aplicación de los avances científicos se hace mediante la investigación traslacional. “La medicina traslacional –afirmó– disminuye el tiempo del tratamiento y aumenta la eficacia del sistema sanitario”. En su opinión, estos nuevos conocimientos determinarán que los hospitales universitarios tengan plataformas básicas, como biobancos, modelos animales, análisis de imagen, bioinformática, bioestadística, genómica, etcétera.

¿Y cómo se organiza todo eso? Respuesta: por medio de los institutos de investigación biomédica o sanitaria. Y, puso, entre otros ejemplos, el del instituto que dirige, donde, a modo de resumen, y con una financiación de 50 millones de euros al año proce-

dentos de fondos públicos y privados, trabajan 58 equipos de investigación que en 2008 realizaron 247 ensayos clínicos y registraron una treintena de patentes.

La gestión e innovación de la investigación biomédica fue abordada, desde la óptica del Plan Estratégico para el Fomento de la Investigación en Ciencias de la Salud en La Rioja, por Eduardo Mirpuri Merino, coordinador de Investigación Biomédica del CIBIR. Dicho plan se enmarca en el Plan Riojano para la I+D+i, 2008-2011 y se desarrolla siguiendo las directrices establecidas por el VI Programa Marco de la Unión Europea y del Plan Nacional de I+D. Reconoció que, si bien los indicadores generales de los últimos años han sido favorables para la comunidad autónoma, en el ámbito de la investigación sanitaria los resultados no han sido tan positivos.

Mirpuri comentó que el esfuerzo del Gobierno riojano ha permitido “un notable crecimiento” en I+D frente al PIB regional, convirtiendo a La Rioja en la quinta región española en gasto en I+D. Y la contribución del sector sanitario se centra en la Fundación Rioja Salud, responsable de la gestión y coordinación de todas las actividades relacionadas con la inves-

tigación biomédica en La Rioja, y en el CIBIR, donde se han integrado perfectamente la actividad asistencial y la investigación y que ha supuesto una inversión de 46 millones de euros. El presupuesto destinado para el área de investigación en 2009 ha superado ampliamente los tres millones de euros, con el objetivo de alcanzar el 1 por ciento del presupuesto total sanitario. Dicho centro cuenta con una

El presupuesto destinado para el área de investigación en 2009 ha superado ampliamente los tres millones de euros

plantilla de 41 profesionales, que el año pasado participaron en 15 proyectos de ámbito nacional y europeo.

Pedro Pesini Ruiz, jefe de Laboratorio de la empresa Araclon Biotech, habló de Innovación y calidad asistencial. Comentó que existe “una necesidad urgente de pruebas basadas en biomarcadores que permitan un diagnóstico más preciso y temprano de la enfermedad de Alzheimer”. En este sentido, se ha demostrado recientemente que los niveles de péptido A β 1-42 y proteína tau en líquido cefalorraquídeo definen un patrón de biomarcadores que permite la identificación de pacientes con deterioro cog-



De izda. a dcha., Pedro Pesini, Alfredo Martínez y Eduardo Mirpuri, durante la segunda mesa de la jornada sobre gestión e innovación.



José Lorenzo resumió el Plan Estratégico 2006-2011.

nitivo leve y la predicción de su posible conversión a demencia de tipo Alzheimer.

“Indirectamente –señaló Pesini–, estos resultados refuerzan la idea de que los niveles de A β en sangre podrían tener también valor diagnóstico. Sin embargo, hasta ahora, los intentos de medir los péptidos de A β en sangre y su uso como biomarcadores de la enfermedad han dado resultados contradictorios e inconcluyentes debido, sobre todo, a una variedad de razones técnicas que ciertamente comprometen pero, que a nuestro juicio, no invalidan la hipótesis de trabajo”.

Y concluyó: “Nosotros hemos desarrollado dos kits ELISA (ABtest 40 y ABtest 42. Araclon Biotech, Zaragoza) que permiten la determinación directa del *pool* de β -amiloide en sangre a través de la cuantificación de los niveles de A β 1-40 y A β 1-42 libres en el plasma, unidos a proteínas del plasma y a las células sanguíneas. Este trabajo fue diseñado para obtener datos preliminares sobre la capacidad diagnóstica de dichos kits. Entre los resultados obtenidos destacan que la reproducibilidad inter-laboratorio y la fiabilidad intra-individuo de los análisis ha sido excelente. Además, la cantidad total de A β 1-40 en plasma, la de A β 1-40 unido a células, la de A β 1-42 libre en plasma y los niveles de determinados marcadores, calculados a partir de aquellos directamente medidos con nuestros kits ELISA, alcanza-

ron una sensibilidad y especificidad diagnóstica superiores al 80 por ciento para distinguir entre controles sanos y pacientes con deterioro cognitivo leve. La validación de estos resultados en una muestra población más numerosa está ya en proceso”.

La importancia de la medicina traslacional

La medicina traslacional y los beneficios que de ella se derivan para el paciente corrió a cargo de Alfredo Martínez Ramírez, investigador principal del área de Oncología del CIBIR, donde están desarrollando una estrategia que consiste en utilizar un medicamento ya aprobado para su uso en pacientes para una aplicación totalmente distinta. Es el caso de la doxiciclina. Explicó que “utilizando ratones como un modelo animal hemos demostrado que la doxiciclina es capaz de reducir el crecimiento del pterigión, un tumor benigno de la superficie del ojo, mediante un mecanismo totalmente independiente de su acción microbicida, que incluye la inhibición de las metaloproteinasas de matriz.

Dado que este antibiótico se lleva usando en la clínica durante décadas con un perfil de seguridad muy elevado, “hemos podido pasar directamente a un ensayo clínico de fase II, midiendo la actividad de este medicamento en pacientes aquejados de pterigión y comparándola con un placebo. Si todo va bien, al paso que se

están reclutando los pacientes, en menos de un año podemos tener datos sólidos sobre la acción de este medicamento en pacientes que hasta ahora sólo tenían la opción de la cirugía”.

Otra observación de biología básica que ha llevado al equipo de Martínez a la preparación de un ensayo clínico ha sido la comprobación, esta vez en ratas, de que un movimiento periódico de vaivén reduce muy significativamente el daño cerebral causado por un ictus. Señaló que “este fenómeno tan curioso se debe a que las células endoteliales reaccionan al flujo turbulento de la sangre secretando un conjunto de sustancias beneficiosas que ayudan a recuperar el tejido hipóxico. Y para llevar a cabo este ensayo disponen de una cama especialmente diseñada para aplicar este movimiento a los pacientes, y están a la espera de recibir su aprobación por parte de la Agencia Española de Medicamentos.

Reveló que “una ventaja añadida de ambos tratamientos es su bajo coste, cosa que es de agradecer en momentos en que la Seguridad Social se ve desbordada por los altos precios de algunos tratamientos, por lo que estamos convencidos de que la imaginación y la buena ciencia pueden sustituir muchas veces a los desembolsos excesivos a la hora de diseñar nuevos tratamientos para dolencias que afectan a un gran número de pacientes”.



De izda. a dcha., Manuel García Abad, José Ignacio Nieto y Asunción Somoza.



De izda. a dcha., José M^a Corcuera; M^a Luz de los Mártires; Ernesto Garrastachu, subdirector del Centro de Información y Atención al Usuario; e Inmaculada Martínez, presidenta del Colegio de Médicos de La Rioja.

María Luz de los Mártires Almingol, directora gerente de área del Servicio Riojano de Salud, desgranó el tema *La aplicación de las nuevas tecnologías en el ámbito de la asistencia sanitaria*, señalando, en primer lugar, las ventajas de la HSE: mejora de los tiempos de diagnóstico y resolución, optimización de recursos y costes, facilita la información a todos los profesionales y garantiza la confidencialidad, entre otras. Dijo que en La Rioja la HSE está ya implantada en el 90 por ciento de los hospitales y en el 70 por ciento de las consultas externas.

Una apuesta de la Consejería de Salud es la gestión de la imagen digital, que se lleva a cabo mediante el sistema RIS de información radiológica y el sistema PACS, comunicación y archivo de la imagen. Implantado en toda el área sanitaria desde 2007 y centralizado en el Hospital de San Pedro. "El objetivo es integrar toda la información clínica en la HSE", afirmó Almingol. Y en fase de desarrollo se encuentra, mediante el programa Selene en Atención Primaria, lo que denominó "la historia clínica única centrada en el paciente".

La directora gerente también enumeró ciertas ventajas de la teleasistencia, como permitir al paciente disponer de una información especializada y descongestionar la consulta, lo que ayuda al médico a ser más eficiente. Y citó algunas aplicaciones que tienen en marcha: telecardiología (urgencias

y consultas cardiológicas), electroneurofisiología (circuito por videoconferencia), teledermatología (cribado de lesiones sospechosas de cáncer de piel) y teleoftalmología (cribado de retinopatía diabética).

El capítulo tecnológico lo completó José Lorenzo Romero, director de Desarrollo y Sistemas Informáticos del Servicio Riojano de Salud, resumiendo algunos proyectos que contiene el Plan Estratégico 2006-2011, que contempla las siguientes acciones:

- Orientación del sistema de salud hacia la satisfacción del usuario, en coherencia con los niveles de exigencia que resultan de una sociedad con posiciones relevantes en términos de renta y calidad de vida. Un objetivo será acercar la salud al domicilio del ciudadano, extendiendo las herramientas de monitorización, diagnóstico y telemedicina. En este sentido, el proyecto PAT-CAR, premio nacional y regional, ha posicionado a La Rioja como una de las comunidades pioneras en el desarrollo de las TIC orientadas a la teleatención del ciudadano.

- Garantizar la evolución de los sistemas de información del sistema sanitario, de acuerdo con la evolución de las tecnologías, realizando fuertes inversiones en servicios e investigación de nuevas tecnologías.

- Asegurar la integridad y la protección de los datos e información sanitaria.

- Unificación y centralización de la información, estableciendo bases de datos maestras de ciudadanos, usuarios internos, medicamentos, artículos, servicios y profesionales, sobre las que se apoyarán proyectos como la tarjeta sanitaria, la historia de salud electrónica y la receta electrónica.

Las oportunidades que han permitido alcanzar los objetivos y estrategias establecidas en materia de tecnologías de la información son las siguientes: unificación administrativa

Una apuesta de la Consejería es la gestión de la imagen digital, que se lleva a cabo mediante el sistema RIS de información radiológica y el sistema PACS

de Atención Primaria y especializada, y creación de áreas de gestión clínica orientadas hacia la gestión por procesos; unificación de hospitales en un hospital, el Hospital San Pedro, e integración de los nuevos centros en la red sanitaria, e implantación de nuevas herramientas y modernización de las existentes para adaptarse a las nuevas infraestructuras hospitalarias y redes de comunicación. ■



Alfredo Martínez desgranó los beneficios de la medicina traslacional.



Pedro Pesini se centró en la importancia de los biomarcadores.



Juan Rodés sostuvo que la aplicación de los avances científicos se hacen mediante la medicina traslacional.



Eduardo Mirpuri comentó el esfuerzo del Gobierno riojano en I+D.

Con ojo clínico

Sobre los humos y el marketing sanitario



José María Martínez*

Los cambios positivos que se están produciendo en la gestión privada de los recursos sanitarios públicos en España están ayudando a que se recupere internacionalmente el proceso que ya existió muchos años atrás, cuando éramos admirados por la comunidad internacional, incluso muy por delante de países que nos superaban claramente en tradición o en presupuesto sanitario público. Ello se había perdido entre peleas por alardear ser en el fondo el mejor gestor de una herencia, humo del pasado.

La forma de trabajar y de organizarse que las instituciones sanitarias españolas vienen experimentando aproximadamente en la última década, tienen consecuencias en el modo de planificar los procesos asistenciales puesto que a los requisitos tradicionales de efectividad y eficiencia, se añade ahora el interés por obtener un valor añadido fundamental: la satisfacción del paciente. Y ello, afortunadamente, acompañado de un enorme interés por la calidad asistencial por parte de todos los profesionales del sector. A esta buena señal está contribuyendo notablemente un elemento que, en principio, no contaba entre los elegidos por los sesudos expertos políticos, esto es, el marketing sanitario.

Y es que por fin descubrimos que para lograr el objetivo de conseguir la satisfacción de los pacientes no basta con lograr unos buenos resultados quirúrgicos, si no que hay que estudiar la satisfacción de los pacientes.

Detectar las debilidades e ineficiencias de los procesos de atención al paciente es una necesidad de la práctica asistencial que no es siempre fácil de resolver, máxime en un país donde, pese a la calidad de la Medicina pública, se ha hecho mucha demagogia, humo, pues paradójicamen-

te, su principal y casi único consumidor, el Estado, ha desviado desde hace años a sus propios empleados, si lo deseaban, a ser tratados en la práctica privada a través de las aseguradoras pactando condiciones económicas determinadas.

En la práctica se observa que los motivos más frecuentes de insatisfacción poco tienen que ver con la efectividad de las intervenciones. Por esta razón, una gestión eficiente de los recursos sanitarios debe considerar no sólo los aspectos científico-técnicos, sino que además debe incidir en la organización de las consultas, su ubicación y accesibilidad, su disponibilidad, la apariencia física, etcétera, así como ser capaz de promover el trabajo en equipo y la creatividad, motivando así especialmente y por un camino colateral a los integrantes del equipo quirúrgico.

Definir cuál es el principal método para proporcionar a los pacientes unos cuidados integralmente satisfactorios es el principal objetivo del marketing sanitario, preferentemente practicado sólo en la práctica privada, que acata tres principios básicos: consistencia (atajar la variabilidad, el mismo proceso atendido igual en todas partes y por todos), fomentar la identidad (lograr una imagen, una filosofía ética propia y saber transmitirla a los consumidores) y orientarse hacia el paciente y que se traducen en fomentar la innovación y diseñar o rediseñar los servicios pensando en cómo satisfacer mejor sus necesidades.

Y olvidarse de vender humo sobre las no tan creíbles técnicas innovadoras y los avances de investigación tecnológicos, casi siempre poco creíbles de llevar a cabo en estos tiempos ante la tremenda falta de liquidez que les origina la deuda que su principal cliente acumula con ellos. ■

*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics.

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Gestión de Calidad: Enfermería

Cuidados en el domicilio

La asistencia sanitaria en el domicilio sigue siendo un reto de nuestro sistema sanitario. En algunas comunidades autónomas, como ocurre en el País Vasco, Comunidad Valenciana, Navarra, Galicia o Cataluña, este modelo está más desarrollado, contando con normativas específicas para ello. Diversos autores señalan que en los próximos años la atención domiciliaria en España tendrá un crecimiento del 50 por ciento.

La atención domiciliaria permite al paciente recibir cuidados sanitarios y sociales en su propio domicilio, cuando éste tiene dificultad o no tiene la capacidad o independencia suficiente para acudir al centro de salud. La atención domiciliaria es una actividad propia de todos los miembros del equipo de Atención Primaria, principalmente de los médicos, enfermeras y trabajadores sociales.

Hay que diferenciar la atención domiciliaria de la hospitalización domiciliaria. En el primer caso es el equipo de Atención Primaria quien visita al paciente en su domicilio. En el segundo, es el profesional de atención especializada, por considerarse una hospitalización personalizada en el propio domicilio y hasta que no le dan el alta, sigue dependiendo del centro hospitalario.

No todos los hospitales tienen equipos de hospitalización domiciliaria y aquellos que lo tienen, son muy estrictos en los criterios de inclusión: antes de enviar a un paciente ingresado a su domicilio, es imprescindible que reúna una serie de requisitos, como por ejemplo: aceptación voluntaria del paciente y su familia, que el domicilio reúna las condiciones necesarias para tratarlo, debe tener un cuidador informal y tener una patología susceptible de atención domiciliaria. Además, es necesario que exista una buena coordinación con el servicio de urgencias del hospital, con el centro de salud de Atención Primaria y los servicios sociales si fuera necesario.

Las enfermeras, dentro de los equipos multidisciplinarios de los que forman parte, ya sean de AP o de atención especializada, son claves en este modelo de atención, ya que la mayor parte de las personas atendidas en su domicilio requieren básicamente cuidados de enfermería; tanto en aspectos de promoción y prevención, como en el control y seguimiento de patologías agudas o crónicas. Este modelo de atención puede resolver muchos de los problemas de salud de los pacientes y mejorar su calidad de vida. El paciente y su familia obtendrán una asistencia más humanizada, mayor comodidad, al estar en su entorno familiar y un menor riesgo a tener una infección o efecto adverso.

La atención domiciliaria a pacientes inmóviles y terminales se contempla en la cartera de servicios de Atención Primaria, y en los casos de pacientes terminales, cuentan con el apoyo de los Equipos de Soporte (ESAD), que forman y asesoran a los profesionales de Atención Primaria a la hora de tratar a estos pacientes en su domicilio.

Como hemos manifestado, son muchos los beneficios que se obtienen con una asistencia en el domicilio. No sólo para el paciente, sino también para el sistema sanitario, al tener menos ingresos, hay una mayor disponibilidad de camas, una disminución de la saturación en los centros hospitalarios y una racionalización del gasto sanitario.

Para ofrecer unos cuidados de calidad, es necesario contar con enfermeras adecuadamente formadas que puedan educar, aconsejar y asesorar en el cuidado que precisan estos pacientes, potenciando el autocuidado y autonomía del paciente y su familia o cuidador. Por todo ello, estos cuidados se hacen cada vez más necesarios, siendo la enfermera un agente de salud muy valioso para la sociedad y para el propio sistema sanitario. Sin olvidar que para potenciar la actividad domiciliaria hay que redefinir el papel de las enfermeras en los Equipos de Atención Primaria. ■



*Charo Vaquero Ruipérez

» La atención domiciliaria permite al paciente recibir cuidados sanitarios y sociales en su propio domicilio, cuando éste tiene dificultad o no tiene la capacidad o independencia suficiente para acudir al centro de salud.

» Para ofrecer unos cuidados de calidad, es necesario contar con enfermeras adecuadamente formadas que puedan educar, aconsejar y asesorar en el cuidado.

*Secretaría de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.

Para contactar: mvaquero.hrc@salud.madrid.org

Trabajarán unos 30 científicos españoles y extranjeros

Celgene presenta el primer centro europeo de investigación en terapias avanzadas

La ubicación del centro en la capital hispalense, que implica una inversión por un valor global de 45 millones de euros, supone el reconocimiento de la relevancia de Andalucía y el conjunto de España en la promoción de la investigación biomédica.



De izda. a dcha., Thomas Daniel, Sol Barer, Chairman & CEO Celgene Corporation, Trinidad Jiménez, José Antonio Griñán y Alfredo Sánchez Monteseirín.

Más de 200 personalidades de la ciencia, la medicina y la política a nivel nacional y europeo asistieron a la presentación internacional del Celgene Institute of Translational Research Europe (CITRE), la gran apuesta por la investigación traslacional y en terapias avanzadas de Celgene, la tercera compañía biotecnológica mundial por capitalización de mercado y uno de los líderes en hemato-oncología a nivel internacional gracias a su vocación investigadora.

CITRE es una empresa española de capital privado estadounidense que centrará su actividad en la investigación traslacional de nuevos medicamentos para el cáncer y las enfermedades raras, con el objetivo de que los avances a nivel laboratorio lleguen a los pacientes que lo necesitan, de forma personalizada, lo antes

posible. “CITRE representa el comienzo de una nueva era para la investigación médica en España. Un nuevo paradigma que acelerará el hallazgo de soluciones para el tratamiento de enfermedades raras, el cáncer, las enfermedades inflamatorias y las terapias avanzadas, incluyendo la terapia celular y la medicina regenerativa. En definitiva, un modelo de unión, colaboración, comunicación y progreso”, señaló Sol J. Barer, Chairman & CEO Celgene Corporation.

CITRE supone la primera alianza real entre los intereses de la industria farmacéutica, la administración y la academia que revertirá directamente en los pacientes. El objetivo es reducir la brecha entre la investigación básica y la clínica para asegurar la transferencia de conocimientos.

Durante el evento, que estuvo presidido por José Antonio Griñán, presidente de la Junta de Andalucía, y ha contado con la presencia de Trinidad Jiménez, ministra de Sanidad y Política Social; el alcalde de Sevilla, Alfredo Sánchez Monteseirín; y los consejeros andaluces de Salud y de Ciencia, Innovación y Empresa, María Jesús Montero y Martín Soler; se han dado conocer todos los detalles de la primera empresa dedicada exclusivamente a la I+D+i de Celgene fuera de Estados Unidos.

El emplazamiento del Centro, en el Parque Científico y Tecnológico Cartuja 93 de Sevilla, responde al reconocimiento de la relevancia de Andalucía y el conjunto de España en la promoción de la investigación biomédica, la medicina regenerativa, la medicina personalizada y la investigación con células madre.

CITRE dará empleo a un mínimo de 30 científicos de altísima cualificación, tanto españoles como internacionales, y aborará en sus tres primeros años de vida inversiones totales por un valor global de 45 millones de euros. El edificio de CITRE albergará cinco departamentos –biobanco de tumores, bioinformática, epigenética, células madre placentarias y señalización celular– y cinco servicios –cultivos celulares, citometría, microscopía electrónica, genómica y proteómica–, articulados alrededor de una Unidad Central de Investigación Médica Traslacional, que coordinará y dirigirá toda la investigación médica de Celgene en Europa. ■

Grupo Zeltia

Las ventas del sector biofarmacéutico crecen un 53,3 por ciento

Las ventas consolidadas de Zeltia ascienden al 31 de diciembre de 2009 a 123,4 millones de euros, incrementándose en un 17,2 por ciento con respecto al año anterior. El resultado neto mejora un 36,3 por ciento. El segmento de Biofarmacia ha crecido un 53,3 por ciento, principalmente debido a las ventas de Yondelis que alcanzan 44,12 millones de euros a finales del período. Hasta el mes de noviembre de 2009 la Comisión Europea no autorizó la comercialización de este producto para cáncer de ovario; en ese mismo mes comenzaron las ventas en algunos países europeos.

Por su parte, Genómica ha aumentado sus ventas totales un 37 por ciento hasta llegar a los 7,3 millones de euros en 2009. Las ventas de *kits* de diagnóstico en plataforma tecnológica AT han registrado un crecimiento del 50 por ciento. El resultado bruto de explotación (EBITDA) mejora por segundo año consecutivo. Se reducen las pérdidas en un 48,3 por ciento, alcanzando una cifra de -16,1 millones de euros. ■

Atención, docencia e investigación

La Fundación Jiménez Díaz celebra su 75 aniversario

La Fundación Jiménez Díaz, gestionada por el Grupo Capiro, ha celebrado el aniversario de los 75 años que han transcurrido desde su inauguración. Las cifras del último año hablan claro de la salud del centro. En 2009 se dieron 27.765 altas, se practicaron 24.601 cirugías, se pasaron 245.196 primeras consultas y se atendieron 108.293 urgencias. Del centro salieron con su título bajo el brazo 197 médicos especialistas tras completar su formación MIR, mientras que otros 300 continúan aprendiendo en las instalaciones. Además, hay en marcha proyectos con 22 equipos de investigación y financiación externa de más de cuatro millones de euros. ■

J O R N A D A

Medical Economics



Centro Cultural
de Caja Castilla La Mancha
Palacio de Benacazón
C/ Recoletos, 1

Toledo, 23 de marzo de 2010

Con la colaboración de



Información e inscripción: Rosana Sánchez.
Tel.: 91 500 20 77 - info@medeco.es.com

Capital Riesgo

Las TIC, motor del cambio sanitario



Luis G. Pareras*

» Las tecnologías de la información pueden contribuir enormemente a que la información fluya con eficiencia a todos los lugares donde es necesitada.

» La nueva relación médico-paciente, y las inmensas posibilidades de la información en un entorno digital plantean nuevos problemas de limitación del acceso a la información y de confidencialidad.

No hay duda de que la sanidad está actualmente bajo un proceso de reevaluación y rediseño de sus modelos de negocio. Para comprender mejor lo que está ocurriendo, es necesario analizar cómo las tecnologías de la información están afectando la “propuesta de valor” que el sector sanitario ofrece a sus usuarios. El componente de conocimiento es cada vez más importante y la aportación de “inteligencia” a cualquier producto o servicio puede enriquecer enormemente la experiencia de nuestros profesionales o pacientes y por tanto, su grado de satisfacción. Las tecnologías de la información están cambiando el sector sanitario.

Reduciendo la “fricción” en las transacciones. Las tecnologías de la información pueden contribuir enormemente a que la información fluya con eficiencia a todos los lugares donde es necesitada.

Reduciendo la asimetría de la información. Los pacientes conocen cada vez más los resultados de cada centro y de cada profesional. La asimetría de la información propiciaba antes un acceso sanitario de “conformidad” por parte del paciente, que ahora es cada vez más exigente, y que elige al profesional que le trata.

Colapsando la cadena de valor sanitaria. Es de sobra conocido el papel de las tecnologías de la información para “eliminar” a los intermediarios. No hay más que ver por ejemplo el cambio de modelo de negocio de las librerías médicas, que se han visto muy afectadas por la venta directa de los productores de libros a los ciudadanos. En este ejemplo, la cadena de valor entre ciudadanos, distribuidores, vendedores y productores se ha “colapsado” en ciudadanos y productores, “desintermediando” a distribuidores y vendedores.

Extrayendo el componente de “conocimiento” del sistema. La prescripción de información como nuevo papel del profesional sanitario también ha sido objeto muy re-

cientemente de numerosas iniciativas emprendedoras en nuestro entorno. La educación de los pacientes, la educación de los profesionales, las enormes necesidades de *start-up* proveedoras de información para todo el sector han propiciado la aparición de un nuevo actor en la cadena de valor, los infomediarios, compañías especializadas en la producción y el tratamiento de todo tipo de información sanitaria.

Incrementando la eficiencia del sector. Este incremento de la eficacia lleva consigo, bien una disminución del coste, o bien un aumento de las prestaciones, ambas objetivos muy positivos para el sector.

Favoreciendo la práctica de medicina basada en la evidencia. Hoy en día se están desarrollando numerosas aplicaciones basadas en las tecnologías de la información para “acompañar” al médico durante todo el proceso y servir como apoyo a la toma de decisiones. Extendiendo el ámbito de la relación médico-paciente y por tanto de la prestación de servicios sanitarios fuera de su ámbito tradicional, las tecnologías de la información han permitido llevar la relación médico-paciente fuera de los centros sanitarios, a los domicilios de los pacientes.

Planteando nuevos retos éticos y de seguridad. La nueva relación médico-paciente, y las inmensas posibilidades de la información en un entorno digital plantean nuevos problemas de limitación del acceso a la información y de confidencialidad. Todas las iniciativas relacionadas con la certificación electrónica de la identidad de ambos lados de la relación, es decir herramientas que aseguren a los pacientes que los profesionales que los atienden “virtualmente” son quienes dicen que son, por un lado, y herramientas que identifiquen de igual modo a los pacientes, por el otro, tienen una enorme importancia y estimularán a los emprendedores sanitarios a ofrecer soluciones a las nuevas necesidades. ■

(*) Médico Gerente de MediTecnología-Área de Incubación de Proyectos Empresariales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Para contactar: www.healthonomics.com. E-mail: lluis.pareras@comb.es

Blasco y Gatell, Premios Fundación Lilly de Investigación Biomédica 2010

La profesora Blasco, en la categoría de investigación preclínica, y el profesor Gatell Artigas, en clínica, recibirán los Premios Fundación Lilly en Investigación Biomédica 2010.

La Fundación Lilly, que este año celebra su 10º Aniversario, ha galardonado con sus Premios de Investigación Biomédica 2010 a los doctores María Blasco, vicedirectora de Investigación Básica del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), y Jose María Gatell Artigas, catedrático y jefe de de servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona, en las categorías de investigación preclínica e investigación clínica, respectivamente. Estos premios están destinados a reconocer trayectorias de investigadores sobresalientes que realizan su actividad en España y a dar continuidad a los proyectos de investigación de sus respectivos grupos.



A la dcha., la profesora María Blasco. A la izda., el profesor Gatell Artigas junto a su equipo.

La doctora María Blasco, una de las primeras autoridades mundiales en el estudio de los telómeros y la telomerasa en la oncología y en el envejecimiento, verá facilitada la continuidad de su labor investigadora con el Premio Fundación Lilly de Investigación Biomédica Preclínica, dotado con 200.000 euros.

Pionera en demostrar que la ausencia de actividad de la telomerasa es una barrera para la progresión tumoral, el grupo que dirige seguirá estudiando el papel de esta enzima en los procesos de cáncer y envejecimiento empleando ratones como modelos experimentales.

Con este galardón, el doctor José M^a Gatell Artigas verá reforzados sus esfuerzos para el desarrollo de una vacuna terapéutica o capaz de generar una respuesta inmunitaria específica frente al VIH-1, que permitiría el control de la replicación viral tras la retirada del tratamiento antirretroviral en el marco del HIVACAT del que es codirector. ■



Siempre, en primera línea

En formación, equipamiento y organización. Tres frentes en constante evolución que nos han llevado a ser un referente en el sector de asistencia sanitaria.

Como médicos, en ASISA ponemos todos los medios para mantener la Compañía en esa primera línea que corresponde a un líder y que garantiza el grado de satisfacción de nuestros asegurados.

Una señal de identidad que tiene su raíz en la preparación y en la actitud de nuestros médicos y colaboradores.

asisa

Somos médicos

901 10 10 10 | www.asisa.es

Consejería de Salud del Gobierno de Navarra

María Kutz: "Trabajamos para impulsar una investigación biomédica de calidad"



María Kutz, consejera de Salud del Gobierno de Navarra.

PREGUNTA: *¿Cuáles son las principales apuestas sanitarias de la Comunidad Foral en 2010?*

RESPUESTA: Una de nuestras apuestas más firmes es la investigación sanitaria. Estamos trabajando en la constitución de dos centros de investigación de enorme calado, el Centro de Investigación Biomédica que está levantando ya, y la ICTS de imagen médica, que se realiza en colaboración con el Ministerio de Innovación. Otra firme apuesta es la mejora de la calidad y la eficiencia en el proceso asistencial, con tres proyectos de gran envergadura: la unificación de los dos grandes hospitales de Pamplona; el plan de mejora de calidad de Atención Primaria basado en la estrategia AP XXI, que contempla un nuevo modelo de reorganización del proceso asistencial; y el proyecto del complejo médico-tecnológico de Navarra que impulsará el trabajo por procesos.

P. *¿Cuáles son los principales objetivos del Plan Estratégico de Investigación Biomédica?*

R. El planteamiento del plan estratégico es impulsar la investigación biomédica ajustada a las necesidades de nuestra

comunidad y con dos objetivos fundamentales: realizar una investigación de calidad enfocada en primer lugar a la mejora de la calidad asistencial mediante la provisión de servicios y productos para atender mejor la salud de la población, y en segundo lugar, enfocada a la creación de riqueza en nuestra comunidad dando servicios a las empresas biotecnológicas de nuestro entorno y colaborando mediante la innovación al desarrollo empresarial.

P. *Otra de las fuertes apuestas de la Consejería de Salud es la innovación tecnológica. ¿Qué actuaciones y novedades podría destacar?*

R. Desde hace varios años, tenemos una una Historia Clínica Electrónica Única, desplegada por toda la Comunidad Foral, no sólo en los centros donde actúan nuestros profesionales sanitarios, sino también en centros de atención a personas mayores o incluso en la institución penitenciaria de Pamplona. Por eso en los últimos años nos hemos dedicado, por un lado a enriquecer las prestaciones de esta historia clínica, incorporando las peticiones electrónicas que tienen que ver con imagen médica, las de laboratorios, y muchas otras que permiten realizar la solicitud de las peticiones de manera electrónica y que los resultados estén disponibles para su consulta a medida que se van realizando.

P. *¿Qué resultados están obteniendo de la implantación y seguimiento de los cuidados por procesos?*

R. En los últimos años y apoyándonos en las TIC sanitarias y en nuestra capacidad de coordinación entre Primaria y especializada, se han desarrollado numerosos protocolos de atención, que incrustados en nuestros sistemas de información, posibilitan mejoras radicales en la atención. El enorme impacto positivo que este

modelo ha posibilitado que podamos abordar la atención en el futuro de una manera que creemos enormemente innovadora y que tiene elementos de la alta resolución y de la gestión de enfermedades en un marco de procesos predefinidos, de atención en acto único y de extrema coordinación entre Primaria y especializada. Todo ello, para conseguir mejoras radicales en la atención al paciente en procesos muy frecuentes y poco complejos. Este planteamiento se concreta en el Complejo Asistencial Médico Tecnológico de Navarra.

P. *¿Cómo están solucionando la falta de profesionales en algunas especialidades?*

R. En el corto plazo, se abordó la consolidación y estabilización de la plantilla de facultativos, para lo que hemos aprobado una Oferta de Empleo Público en el año 2009 que supone la consolidación del 78 por ciento de la plantilla estructural a tiempo completo del SNS-O, de las cuales, la de facultativos representan el 37 por ciento.

P. *¿Cuál es el balance del Plan de Atención Dental Infantil y Juvenil (PADI) en 2009?*

R. Durante el año 2009 el Servicio Navarro de Salud reconoció el derecho al PADI a los 75.400 residentes en Navarra de 6 a 18 años, siendo utilizado por el 69,09 por ciento de ellos.

Existen 216 dentistas habilitados por el Servicio Navarro de Salud para ese programa, pasando su consulta en 44 localidades de Navarra por lo que la accesibilidad geográfica puede calificarse de excelente. En el último estudio epidemiológico realizado, descubrimos un buen nivel de salud, una gran mejoría respecto a décadas anteriores y un gran nivel de satisfacción entre los padres que han utilizado el PADI. ■

CONSEJERÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DE NAVARRA



NOTICIAS/ACTUALIDAD

Los navarros sufren menos infartos que el resto de los españoles

Navarra presenta cifras excepcionalmente bajas de enfermedad isquémica del corazón. El porcentaje de mortalidad tras un infarto ha caído un 30 por ciento entre los pacientes hospitalizados, según los datos de la Unidad de Corazón del Hospital de Navarra, que atendió el año pasado 18.500 consultas. La tasa de infartos es muy inferior a la media del Estado; si en la Comunidad Foral es de 0,63 por cada mil habitantes, la del conjunto de las autonomías es el doble, 1,3 por mil habitantes.

Impulso a la investigación clínica en Navarra con 600.000 euros

El director general de Farmaindustria, Humberto Arnés, y la consejera del departamento de Salud del Gobierno de Navarra, María Kutz, han firmado un convenio por el que la patronal destinará 600.000 euros a impulsar tres proyectos de investigación clínica en el ámbito biomédico en la Comunidad Foral de Navarra. Por una parte, esta dotación económica servirá para desarrollar una unidad de ensayos clínicos que se ubicará en el Centro de Investigación Biomédica de Navarra y con la

que se persigue consolidar la investigación clínica con una mayor competitividad.

Atención Primaria resuelve el 80 por ciento de los problemas de salud

La Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea resuelve el 80 por ciento de los problemas sanitarios de la Comunidad Foral. Todo ello a pesar de los usos innecesarios del sistema de consultas por parte de los pacientes y de un exceso de burocracia. Además, cerca de un 30 por ciento de las consultas diarias realizadas son para trámites meramente burocráticos, como expedir justificantes o tramitar bajas laborales.

Más de mil navarros ya han dejado registrado su testamento vital

Un total de 1.012 navarros han registrado el Documento de Voluntades Anticipadas, o testamento vital, cifra que se va incrementando poco a poco desde que en 2003 se puso en marcha el Registro Sanitario de Voluntades Anticipadas en Navarra. Aproximadamente un 63 por ciento de las personas que han registrado el testamento vital son mujeres frente a un 37 por ciento de varones.

PROGRAMA AAP 2010

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



VALENCIA
15 de abril
Hotel Hilton

ZARAGOZA
29 de abril
Auditorio-Palacio Congresos

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada



MEDICA 2009

Düsseldorf, escaparate internacional de la Medicina y la industria farmacéutica

La Feria MEDICA de Düsseldorf es el evento mundial más importante para los expertos de la Medicina, que presenta innovaciones técnicas y médicas, productos médicos de todo el mundo y las últimas tendencias de la industria farmacéutica. Los expositores españoles estuvieron representados por Federación española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin).



Nuevos productos, sistemas y servicios

MEDICA celebra su 40° Aniversario con éxito

Las nuevas aplicaciones de terapia y diagnósticos integrados en las enfermedades oncológicas formaron el núcleo del programa internacional de la Feria MEDICA.

Evidentemente el 40 aniversario de la Feria MEDICA no podía olvidarse de los expertos de las clínicas y las consultas médicas. Durante cuatro días, la feria mundial más importante de la Medicina, celebrada del 18 al 21 de noviembre de 2009, registró más de 138.000 visitantes profesionales procedentes de más de 100 países. Un 45 por ciento de los visitantes vinieron de fuera de Alemania y muchos desde los mercados emergentes de Asia y del mundo árabe. Los 4.324 expositores de alrededor de 60 naciones les ofrecieron, claramente estructurados, gran cantidad de nuevos productos, sistemas y servicios para el conjunto de la cadena de procesos de la asistencia ambulatoria y hospitalaria.

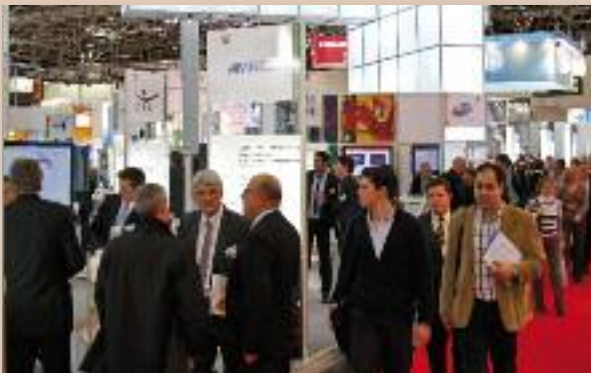
“El corto ciclo de innovación de la industria es uno de los factores de éxito básicos de

MEDICA porque, año tras año, se presentan las novedades más importantes. Además, las ayudas por valor de 1,4 mil millones de euros, ofrecidas a los hospitales alemanes por el gobierno federal mediante el Programa Co-yuntural II, atrajeron también a MEDICA, tras años de abstención, a numerosos responsables de la toma de decisiones de las clínicas nacionales”, afirma Wilhelm Niedergöcker, gerente de la Feria de Düsseldorf, respecto a la infalible alta respuesta de expositores y visitantes.

Así, los visitantes pudieron conocer las novedades en el campo de los procedimientos de imagen, sector en el que hay que destacar una nueva generación de aparatos de ultrasonidos para el diagnóstico de enfermedades nerviosas. Sondas ultrasónicas de superficie permiten no solamente la visualización de un nervio, sino también de las estructuras tisulares adyacentes; así se detectan tumores, inflamaciones o lesiones nerviosas. Además, las numerosas novedades presentadas en MEDICA 2009 confirmaron la continua tendencia hacia la medicina dentro del hogar y las aplicaciones de telemedicina. Si el termómetro eléctrico fue durante muchos años el único aparato médico en el hogar, desde hace tiempo están ganando terreno aparatos de medición para los más diversos signos vitales.

En MEDICA 2009 se presentaron varios sistemas de monitorización cardíaca incorporados a prendas de vestir. Estos sistemas se hallan actualmente en fase de estudio experimental. Se llevan con comodidad y permiten una fácil monitorización del paciente durante un largo período de tiempo.

Durante esta edición puntos centrales fueron el diagnóstico y la terapia integrados en el campo de la oncología, la monitorización de pacientes en el quirófano y en cuidados intensivos, o también las tendencias en el sector de la cirugía cardíaca, recibidos con gran interés por el público profesional. ■



Innovación en imagen médica

La fusión de imagen amplía el diagnóstico oncológico

Actualmente, el objetivo principal de la obtención de imágenes moleculares es la detección de tumores de pulmón y sus metástasis.

La tomografía computarizada de rayos X y la tomografía computarizada por emisión de positrones (PET) han experimentado una simbiosis que ofrecerá en el futuro nuevas opciones en el diagnóstico oncológico. Los procesos metabólicos del organismo y la anatomía se han fusionado en una única imagen. Actualmente, el objetivo principal de la obtención de “imágenes moleculares” es la detección de tumores de pulmón y sus metástasis. No obstante, también se dispondrá de nuevos métodos de abordaje en el diagnóstico de procesos inflamatorios. El PET explota una circunstancia fisiológica: dado su rápido crecimiento, el tejido canceroso requiere un gran aporte de energía, y capta en un gran porcentaje de tumores una mayor cantidad de glucosa y oxígeno que la que utilizan los tejidos sanos.

Procesos metabólicos alterados

El PET visualiza los procesos metabólicos alterados de los carbohidratos, en concreto los que involucran a la glucosa. Si se presenta una acumulación de glucosa inusualmente elevada, se produce así mismo un elevado metabolismo de azúcares, lo que indica la presencia de un tumor. El índice metabólico de azúcar se hace visible, ya que las moléculas de glucosa han sido previamente marcadas radiactivamente en el laboratorio. De esta forma, el azúcar marcado se distribuye por todo el organismo y emite radiación que es detectada desde el exterior por una cámara especial, para ser posteriormente reconstruida en una imagen. En general, es factible la utilización de productos metabólicos, receptores de sustancias, enzimas o incluso fármacos citostáticos marcados.

Esto es llamado imagen molecular, ya que las imágenes se obtienen a partir de moléculas distribuidas.

Anatomía y función combinadas en una única imagen

La ventaja del PET de ser capaz de detectar actividad tumoral a través de un metabolismo energético anormal se asocia con una desventaja significativa: la resolución local es baja, las imágenes no son muy nítidas. Se echa en falta una clara representación de las relaciones anatómicas.



Por otro lado, la TC ofrece imágenes de alta resolución, pero no detecta determinados tumores. Por ello tiene sentido combinar ambas técnicas. La combinación de ambos procedimientos asegura la obtención de imágenes anatómicas de TC precisas junto a un profundo análisis del metabolismo celular a partir del PET. El resultado es una imagen de TC anatómica en la cual se inserta de forma precisa la imagen metabólica proporcionada por el PET; es lo que se denomina fusión de imagen. Actualmente, este procedimiento se utiliza casi exclusivamente en indicaciones oncológicas. El alto nivel de tecnología y el mucho tiempo requeridos sólo están justificados si otras técnicas de ima-

gen, como los ultrasonidos o la IRM, no proporcionan resultados inequívocos.

Nuevas técnicas para el diagnóstico de la inflamación

Los procesos inflamatorios se comportan de forma comparable al metabolismo tumoral, por lo que el azúcar radiactivo también se incorpora en el foco inflamatorio. Así, una desventaja se transforma en un beneficio, la gammagrafía para la inflamación con PET. No sólo puede detectar inflamaciones agudas y purulentas, sino también inflamaciones crónicas no purulentas como las que se encuentran en las enfermedades reumáticas. Y dado que un proceso inflamatorio subyace en la arterioesclerosis, la detección de la inflamación podría resultar útil en los diagnósticos vasculares.

Un sistema de PET conectado a una IRM y no a una TC se ha instalado, por primera vez, en el Jülich Research Centre. Utilizando el imán más potente disponible, se pueden desarrollar nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos para pacientes con demencia. Por primera vez, es posible examinar de forma simultánea estructura, función y procesos moleculares en el cerebro de un ser humano vivo y analizar las interacciones y los efectos terapéuticos en todos los niveles. Con un imán tan potente, la espectroscopia por IRM es también posible. Con la espectroscopia y un medio de contraste “inteligente”, la IRM abre una brecha en el mundo de la imagen molecular y se convertirá en un competidor del PET/TC. Sin embargo, está aún lejos de ser una técnica de rutina. Es necesario esperar y ver qué traerá el uso de estos potentes campos magnéticos. ■

Novedades en ultrasonidos

La ecografía, un gran avance para la anestesia regional

Los ultrasonidos permiten visualizar directamente dónde se inyecta el anestésico. Así es más fácil predecir el éxito.

Una de cada cinco operaciones en Alemania se lleva a cabo sin anestesia general, con la llamada anestesia regional, campo en el que está a punto de producirse un gran avance. Una nueva generación de dispositivos de ultrasonidos hacen a la anestesia regional más rápida, más segura y más rentable. Durante MEDICA 2009, se ha presentado un sistema de ultrasonidos basado en el conocimiento que ayuda al médico en la realización de bloqueos nerviosos.

Los pacientes desconfían de la anestesia general. Una pérdida completa del control físico, las reservas acerca de hablar sin control y por lo tanto revelar información confidencial, así como un temor a no despertar de la anestesia, caracterizan las expectativas de los pacientes por tal pérdida de conciencia. No es tanto el procedimiento quirúrgico en sí, sino más bien la anestesia lo que provoca la ansiedad del paciente.

La alternativa a la anestesia general, la llamada anestesia regional con sus bloqueos nerviosos periféricos, ha sido utilizada cada vez más en los últimos 10 años, especialmente en cirugía ortopédica y cirugía traumatológica, no sólo por este motivo. Además de la demanda de los pacientes y las consideraciones económicas han contribuido a ello los modernos productos farmacéuticos desarrollados.

A través de la aplicación dirigida de la anestesia, los nervios y los músculos son funcionalmente "apagados". Las regiones descritas experimentan una pérdida temporal de la sensibilidad y están libres de dolor sin alterar la conciencia.

Cuanto más doloroso sea un procedimiento, como uno que afecte a las estructuras sensibles de la rodilla y el hombro, más probable será que la anestesia regional se utilice en combinación con el tratamiento del dolor postoperatorio.



Un problema que hasta ahora no se había resuelto: no había un posible control visual de dónde se debería inyectar el anestésico. Así, una localización precisa de la estructura del objetivo sólo era posible con limitaciones.

Ventajas de los ultrasonidos

La solución para esta indicación son los ultrasonidos. Mientras los procedimientos tradicionales deben depender de signos como disestesias o contracciones musculares para posicionar la punta de la aguja, cerca de los nervios, los ultrasonidos permiten visualizar directamente la aguja. La posición de la aguja y en especial la distribución de la anestesia en la estructura de destino, se hacen visibles. Así, se hace posible predecir el éxito de un bloqueo. No sólo en el quirófano, sino también en el tratamiento del dolor con un catéter permanente después de la cirugía o

en pacientes con cáncer, el procedimiento tiene un amplio espectro de aplicación.

Hasta ahora, hasta un tercio de los intentos de realizar anestesia regional deben ser interrumpidos, ya que el anestésico local no alcanza la estructura de destino. Por el contrario, los anestesiólogos que utilizan bien la localización mediante ultrasonidos pueden lograr tasas de éxito de hasta el 98 por ciento.

"El uso de los ultrasonidos es, sin duda, el desarrollo actual más importante en la anestesia regional y tiene el potencial de revolucionar la anestesia regional", explica Egbert Hüttermann, anestesiólogo y jefe médico de la Clínica de Anestesiología y Medicina Intensiva del Hospital de Worms.

Los nuevos sistemas de ultrasonidos, presentados en MEDICA 2009, contendrán un paquete de aprendizaje matriz interactivo integrado. Así, las aplicaciones más importantes en el campo de la anestesia regional estarán disponibles en forma de imagen. La sola presión de un botón será suficiente para localizar la zona de destino seleccionada y la técnica anestésica correspondiente. El monitor lo mostrará, junto con la correspondiente imagen de ultrasonido asociada. Los procedimientos estándar de anestesia se podrán efectuar sin problemas y los procedimientos menos habituales serán más fáciles de realizar. Este "instructor de conducción" virtual debería reducir de seis meses a dos el período de adaptación necesario para un anestesiólogo que no esté familiarizado con el método. ■

Biomarcadores en oncología

Tratamiento hecho a la medida

El tratamiento debería adaptarse en la medida de lo posible a la biología individual del tumor. La alternativa al principio de "una medicina para todos" es un tratamiento individualizado.

Los procedimientos terapéuticos actuales han alcanzado sus límites y la alternativa al concepto estándar será en el futuro el diagnóstico y el tratamiento centrados en la genética del paciente individual. La Comisión Europea junto con la industria privada alemana invertirán dos billones de euros en la identificación de biomarcadores. Se sospecha que el cáncer reemplazará a las enfermedades cardiovasculares como la principal causa de muerte por enfermedad en todo el mundo. Durante este año, se estima que se producirán en todo el mundo doce millones de nuevos casos de enfermedad neoplásica, y que siete millones de personas morirán de un tumor maligno, según el pronóstico del Instituto para la Investigación del Cáncer de la OMS. Para combatir las diferentes causas del desarrollo del cáncer (hay aproximadamente 200 tipos), la medicina — a pesar de su impresionante progreso terapéutico— sólo tiene un número limitado de herramientas eficaces disponibles. El resultado es que cada segundo una persona que sufre cáncer morirá.

Los economistas de la salud ven con desesperación cómo los nuevos medicamentos usados en oncología son hasta un 300 por ciento más caros que las preparaciones estándar, y a pesar de eso sólo un 20 por ciento de los pacientes responden a ellos.

Según el profesor Guido Adler, director del Health Advisory Board del Federal Ministry for Education and Research, es necesario atacar la célula cancerosa a diferentes niveles simultáneamente; así, los procedimientos de tratamiento deben usarse en combinación. El objetivo es desarrollar el "concepto de tratamiento hecho a medida". Incluso tratándose de idénticas enfermedades e idénticas tera-

pias, los pacientes responden de una forma drásticamente diferente. El tratamiento debería adaptarse en la medida que sea posible a la biología individual del tumor. La alternativa al principio de "una medicina para todos" es un tratamiento individualizado que requiere diagnósticos de laboratorio individualizados. Y la forma de individualizar la medicina pasa por la genética molecular. Los patrones genéticos personales de los pacientes que se analizan rutinariamente son la base sobre la que los medicamentos hechos a medida son creados posteriormente. Se trata de combatir genéticamente el tumor en su punto débil.



Incluso si fuese posible realizar en el futuro un análisis de enfermedades neoplásicas del genoma tan personalizado, no podría costearse con el uso de la tecnología actual. La secuenciación del genoma tardaría varios meses y costaría más de un millón de euros.

Así, el concepto de un tratamiento individualizado del cáncer en este momento todavía parece ser poco realista. Por otro lado, los científicos consideran más apro-

piado identificar grupos de riesgo y diseñar algún tratamiento más específico con la utilización de test genéticos. Ya está disponible un biochip que ayuda a estimar el riesgo de progresión en el cáncer de pulmón. Estos test genéticos detectan la actividad de 70 genes que participan en la proliferación celular de los tumores pulmonares. Así, resulta posible determinar ya el riesgo de recurrencia del tumor primario. Uno de cada tres pacientes con cáncer de pulmón desarrollará metástasis en años posteriores. Un ejemplo diferente es el carcinoma pancreático: ya antes de comenzar la quimioterapia, es posible predecir de modo fidedigno la eficacia de ciertos agentes quimioterápicos.

Las enzimas podrían ser un indicador de respuesta de los medicamentos contra el cáncer. Están implicadas en la degradación de los fármacos en el organismo. Puesto que las enzimas varían de forma significativa de una persona a otra, un perfil enzimático personal puede mejorar la selección del agente activo y de la dosis de los medicamentos.

En el largo camino hacia el tratamiento individualizado contra el cáncer, los medicamentos específicos llamados "tratamientos dirigidos contra el cáncer" han empezado a estar disponibles recientemente. Los nuevos grupos de agentes activos contra el cáncer presentan unos efectos secundarios no tan llamativos ni molestos como los de los agentes utilizados en el tratamiento cíclico estándar. Sin embargo, las nuevas sustancias deben ser tomadas durante un largo período de tiempo, y apenas una docena de estas preparaciones han sido aprobadas para su utilización hasta el momento. ■

Diez años de telerradiología

El diagnóstico médico a distancia 'made in Germany'

En Alemania, las clínicas que no disponen de servicios de radiología de guardia utilizan infraestructuras telemáticas. El paciente recibe un diagnóstico puntual, mientras que el hospital puede reducir costes.

Hace diez años se establecieron en Alemania los cimientos para la construcción de una red nacional de telerradiología. Actualmente, 50 hospitales están en Internet y otros 50 están organizados en redes locales. Así, los diagnósticos por imagen que trascienden las fronteras han asumido un papel precursor en telemedicina. En MEDICA 2009 se han presentado las más recientes aplicaciones para sistemas de telerradiología. Desde consideraciones técnicas médicas (con ofertas proporcionadas por los importantes fabricantes de sistemas de imagen) hasta las ofertas de *software* y *hardware* necesarios (fabricantes de tecnologías de información y comunicación médicas), y se extiende a servicios relevantes, específicamente aquellas ofertas desarrolladas para uso médico por los proveedores de servicios de telecomunicación.

Según la Comisión de la Unión Europea (UE), los servicios de telemedicina, que también incluyen la telerradiología, deberían estar más integrados en los sistemas de atención sanitaria de los países miembros de la UE. Por lo tanto, la utilización de los servicios de telemedicina, así como las tecnologías de comunicación en Europa deberían ser promocionadas de forma significativa durante los próximos años. El primer paso se ha logrado en Alemania. Aproximadamente 100 hospitales alemanes están conectados por medio de la telerradiología y la mitad de éstos están conectados con la oficina central en Dilligen (Saarland). Así, se estima que algo más de

una quinta parte de los 500 hospitales que potencialmente podrían disponer de telerradiología participan en este momento en la red de diagnóstico médico a distancia.

Hace diez años, la primera infraestructura telemática de comunicaciones y procesamiento de imagen utili-



zando imágenes de tomografía computarizada (TC) se construyó en Saarland. Proporciona servicio a hospitales en toda la República Federal de Alemania. El manejo de los sistemas radiológicos *made in Germany* funciona como un reloj de precisión.

Mientras que inicialmente el objetivo era asegurar que los hospitales pequeños con equipo de TC pudiesen tener interpretadas sus imágenes durante las 24 horas al día utilizando la telerradiología, actualmente la demanda para el diagnóstico médico a distancia ha cambiado. Son sobre todo las clínicas que no disponen de servicios de radiología de guardia las que utilizan las infraestructuras telemáticas. El radiólogo Torsten Möller, asegura que "el paciente recibe un diag-

nóstico puntual y de alta calidad y el hospital puede reducir los costes de las guardias a unos niveles económicamente tolerables".

Uno de estos 50 emplazamientos de tele-TC está en el Caritas Hospital en Lebach cerca de Saarbrücken. Hace diez años se tomó la decisión de participar en telerradiología y ahora es el hospital pionero. Mientras el equipo de TC era ajustado en el departamento principal de radiología del hospital, el radiólogo jefe, Jürge Frank, se dio cuenta: el turno de día no podía ampliarse sin interrupción a las horas nocturnas. Es imposible para los radiólogos de pequeños departamentos y los radiólogos de la medicina privada en hospitales asegurar 24 horas de servicio durante todo el año.

Un telerradiólogo está normalmente de guardia de uno a dos días cada mes y es responsable de los 50 emplazamientos de TC durante la semana. Aproximadamente, se deben diagnosticar de 10 a 15 urgencias por término medio a través de la telerradiología desde las 5 de la tarde hasta las 8 de la mañana. Los fines de semana dos telerradiólogos dividen el servicio de diagnóstico médico a distancia, según dos grupos de emplazamientos. Así, el servicio está siempre asegurado.

Por otro lado, diversos estudios confirman que la telerradiología es rentable. Así, un hospital es capaz de ahorrar 40.000 euros al año utilizando un moderno sistema de gestión de personal y de imagen de telerradiología. ■

El avance de la telemedicina

Informática al servicio del paciente

¿Cómo se puede mejorar el cuidado de los pacientes ambulatorios ofreciendo mayor calidad y ahorrando costes? Ésta es la cuestión que aborda el proyecto VitaBIT.

“Concedemos gran importancia al trabajo en red de los componentes en serie, el uso de bolígrafos digitales, cámaras en los teléfonos móviles y los historiales médicos electrónicos que hay tras ellos”, explica el doctor Christophe Kunze del centro de investigación informática FZI Forschungszentrum Informatik.

MEDICA Media es un foro de telemedicina, ya afianzado dentro de la Feria MEDICA, que recogió cerca de 4.200 expositores. Este proyecto está patrocinado por el Ministerio de Economía y Tecnología alemán y su objetivo principal es desarrollar un acceso abierto a una plataforma de Tecnología de la Información para todos aquellos implicados en el cuidado del paciente y lograr la comunicación y el intercambio de información de manera segura.

Esto significa que Kunze y sus compañeros de proyecto no están trabajando en una parte de *software* que reemplace a los programas ya existentes, sino en un *software* conectado en red y en nuevos componentes. Esto significaría que un sistema ya existente de gestión de la atención podría ser mantenido y sus datos y entradas importadas al nuevo sistema. Un fabricante de *software* para cirugías médicas podría complementar sus productos añadiendo componentes de comunicación conectando a los médicos y el proveedor de servicios de atención domiciliaria.

VitaBIT aspira a simplificar y mejorar la comunicación y documentación a la vez que hace posible registrar la hora y los servicios prestados. Los cuidadores pueden también acceder a la información de sus pacientes cuando están fuera y contactar con sus familiares. También pueden recibir actualizacio-

nes, por ejemplo si por una emergencia cambia el itinerario de la visita.

Registro electrónico

Un bolígrafo digital hace posible documentar los datos de asistencia y registrar los servicios de asistencia prestados tanto en papel como en formato digital gracias a una cámara integrada. La información que el profesional obtiene del paciente se guarda automáticamente. Esta información incluye, por ejemplo, medidas vitales como el azúcar en sangre, la presión arterial y el peso. Estos datos también se transmiten mediante tecnología *bluetooth* directamente des-

mo tiempo los dispositivos se cargan para la próxima ronda de visitas.

Otros grupos de usuarios involucrados directamente en la atención de los pacientes pueden acceder también a los historiales electrónicos. Se incluyen particularmente los médicos y hospitales que atienden a los pacientes, así como los familiares de estos pacientes. Actualmente se está evaluando si todo esto ya implica un valor añadido anticipado.

Además, el doctor Kunze está trabajando en la sección Ambient Assisted Living, que aúna métodos, conceptos y sistemas electrónicos con el objetivo de ayudar a las personas mayores dependientes



de del dispositivo de medida al teléfono móvil y se incorporan al historial electrónico del paciente. Las heridas también se documentan digitalmente y las fotos se toman mediante el teléfono móvil. El dispositivo reconoce dónde está y enlaza las imágenes al cliente pertinente. Al final del itinerario del día las fotos recolectadas se copian automáticamente en el historial electrónico mediante una estación de conexión. Al mis-

en su día a día. En este caso, los dispositivos podrían informar de lo que ha ocurrido en ausencia del cuidador principal. Esto podría, por ejemplo, llevar a descubrir trastornos del sueño que de otra manera serían muy difíciles de detectar. Debido a la estructura modular de VitaBIT, escenarios como éste parecen posibles de implementar, y en un futuro próximo crecerán las necesidades de éstas y otros tipos de soluciones. ■

Proyectos Stroke Angel y Cardio Angel

La tecnología móvil se asienta en los servicios de emergencias

Mediante el envío de información a través de la tecnología móvil el hospital es informado sobre la hospitalización de forma precoz y puede comenzar a realizar los preparativos necesarios para el ingreso.

La tecnología de la información móvil está comenzando a asentarse en los servicios de emergencias médicas, según Asarnusch Rashid, del Centro de Investigación en Información en Karlsruhe, Alemania. En su intervención en el Foro de Telemedicina en la Feria, y refiriéndose a proyectos como el Stroke Angel y Cardio Angel, aseguró que “podemos demostrar el beneficio de estas tecnologías de la información”. En Alemania el sistema ya ha sido vendido a algu-

miniordenador es capaz de acceder electrónicamente al protocolo del servicio de emergencias, según el estándar de la Asociación Alemana Multidisciplinar de Medicina Intensiva y de Emergencias. Esto permite a los servicios de emergencias realizar una anamnesis rápida y asistida en el mismo lugar de la primera toma de contacto con el paciente, y obtener los datos necesarios. Dicha recopilación de datos, por lo demás, consume mucho tiempo. Según algunos estudios, 17

da al hospital y la realización de un TAC se ha reducido a la mitad, de 32 a 16 minutos. A su vez, esto pone de manifiesto que para realizar el mejor uso del tiempo ahorrado mediante la información precoz, los procesos del hospital deben estar optimizados y organizados.

Necesidades del proyecto

El equipo del proyecto ha elaborado un catálogo de criterios claros sobre las medidas y la evaluación de los datos para cuando pueda introducirse tal sistema. Este catálogo puede estar disponible para aquellos hospitales y servicios de emergencias interesados. Para Asarnusch Rashid en la implementación del sistema es necesario:

- Celebrar un taller anual sobre las medidas necesarias. Los participantes serían los servicios de emergencias y los hospitales, y se analizarían todas las llamadas y se debatiría sobre las posibilidades de mejora.

- En el caso de Stroke Angel, habría que asegurarse de que el hospital dispone de una Unidad de Ictus. En el caso de Cardio Angel, el requisito principal sería disponer de una Unidad Coronaria.

- Haber optimizado rutas de alarma en coordinación con el Servicio de Radiología o adaptarlo como parte de un proyecto de introducción.

Se obtienen más ventajas si el uso de esta tecnología de la información se hace con una comunicación profunda y cercana entre los diversos componentes de la cadena de asistencia. Estos sistemas parecen adecuarse perfectamente a esta época de centralización y especialización impuestas por el entorno político. ■



nas empresas, los servicios de emergencias en Bavaria ya cuentan con él e incluso países como Rumania han adquirido ya estos productos. “La tecnología está ahora a nuestro alcance”, comenta Rashid.

En el Stroke Angel la base tecnológica es un pequeño ordenador y/o PC de mano con pantalla táctil. Entre sus características destaca el llamado 3I-SS (Escala de Ictus de 3 ítems), que proporciona un listado sencillo para el diagnóstico del ictus. Además, este

minutos más si no se utiliza el Stroke Angel y sólo 7 minutos de media con el Stroke Angel. Sin embargo, esta pérdida inicial de tiempo está más que compensada por los siguientes pasos en la cadena de asistencia. El PC transmite los datos vía red móvil para el registro inmediato en el hospital de destino. Esto significa que el hospital sobre la hospitalización de forma precoz y puede comenzar a realizar los preparativos necesarios. Como resultado, el tiempo transcurrido entre la llega-

Presencia española en la Feria

Un total de 76 empresas españolas participaron en MEDICA

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria representó con su pabellón a las 76 empresas españolas del sector de la tecnología sanitaria que participaron. En la próxima edición de 2010 se espera la presencia de 80 empresas españolas.

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) ha estado presente en la 40 edición de la Feria MEDICA 2009, con un pabellón agrupado, organizado en colaboración con el Instituto Español de Comercio Exterior (ICEX), en el que han participado 76 empresas españolas del sector de



la tecnología sanitaria. MEDICA es la referencia internacional del sector. Los expositores proceden de 65 países diferentes y los visitantes de más de 100, lo que hace que esta feria resulte de vital importancia en la estrategia exportadora de nuestras empresas, ya que MEDICA está posicionado como el evento número uno del sector de

tecnología sanitaria, no sólo por el volumen de negocio que genera durante los días de feria, sino por la trascendencia que asume frente a la exportación global de la empresa.

Tomando en consideración las oportunidades de negocio que se derivan de la participación en este evento, desde Fenin se considera fundamental continuar con la realización de esta acción de promoción, tanto para dar a conocer la oferta de productos y equipos españoles del sector de la tecnología sanitaria, como para obtener conocimiento de las últimas novedades tecnológicas del sector. ■



Expositores españoles en MEDICA '09

La superficie ocupada en esta edición por los 77 expositores españoles ha sido de 2.302 m², repartida de la siguiente manera:

- 20** empresas del sector de equipamiento para laboratorio, diagnóstico y medicamentos, situadas en los pabellones 1, 2 y 3.
- 9** empresas del sector de la fisioterapia y tecnología ortopédica, situadas en el pabellón 4 y 5.
- 21** empresas de productos de un solo uso y bienes de consumo, textiles situadas en los pabellones 5, 6 y 7.
- 17** empresas del sector electromedicina y tecnología médica situadas en los pabellones 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17.
- 7** empresas del sector de mobiliario médico situadas en los pabellones 14.
- 2** empresas en el sector de tecnología de la información hall 15.
- 1** empresa expuso en el hall 8, COMPAMED, zona dedicada a soluciones *high tech* para tecnología médica.

En la próxima edición de Feria MEDICA, que se celebra este año, se espera la presencia de 80 empresas españolas y más de 2.500 metros de exposición.

Aula de Gestión Sanitaria

Equidad, cohesión e innovación



Luis Rosado Bretón*

El modelo sanitario del Estado español es peculiar. Si bien en la ley general de Sanidad se recoge el derecho a la universalidad, gratuidad e igualdad de acceso a las prestaciones de salud de todos los ciudadanos españoles, se establece la competencia de las comunidades autónomas para los elementos que componen la asistencia sanitaria que permite atender a las características poblacionales y geográficas de los diferentes territorios, asegurándose la cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), en el órgano de mayor representatividad del consejo interterritorial de sanidad, regulado por la ley de calidad y cohesión del SNS.

Una gran prueba

El modelo descentralizado distribuido en los servicios regionales, sin embargo, está mostrando cierta fragilidad en los elementos de cohesión. El consejo interterritorial se muestra como una institución inhábil para la toma de decisiones trascendentales, tal vez por la deliberada falta de liderazgo ministerial o ausencia de competencias para la resolución de grandes temas de debate capaz de mantener el equilibrio entre comunidades autónomas, principalmente en lo referente a aspectos de equilibrio financiero y a una política uniforme de recursos humanos.

Recientemente la pandemia de gripe, ha demostrado la capacidad responsable, no sólo del ministerio, sino también de las comunidades autónomas para tomar decisiones únicas, consensuadas y con la cesión del liderazgo a nuestra ministra de Sani-

dad, siendo capaces de anteponer el sentido de Estado a consideraciones doctrinales. No obstante, esta actitud no se mantiene en los aspectos que antes se refirieron. La amenaza principal de nuestro sistema sanitario reside en la sostenibilidad del mismo, como capacidad para mantener el sistema para el futuro. Pero existe otro gran peligro: la variabilidad en la capacidad financiera de cada comunidad.

Cada comunidad alcanza, al cierre del ejercicio, similares resultados de salud con grandes diferencias en la asignación presupuestaria que han consignado a Sanidad. La Comunidad Valenciana es la que más dinero de todo su presupuesto dedica a Sanidad. El porcentaje destinado llega al 40 por ciento. Al mismo tiempo, si dividimos este dinero por habitante el resultado es que los valencianos tenemos menos dinero que la mayoría de los ciudadanos de otras autonomías. Mientras, hay comunidades autónomas que asignan un 20 por ciento a sanidad y cuando lo dividen por ciudadano les sale una cifra notablemente mayor. En algunos casos la diferencia por habitante se sitúa en más de 500 euros. Por lo que resulta evidente que hay comunidades mejor financiadas que otras.

Esta situación expresa desde el punto de vista sanitario dos cuestiones trascendentes: ¿puede hablarse del concepto de equidad en el modelo sanitario actual con estas diferencias presupuestarias? ¿Hasta cuándo las comunidades autónomas desfavorecidas van a poder mantener la prestación de igual manera que las mejor dotadas económicamente? Y una cuestión derivada: ¿La gestión de las comunidades con menor do-

» El modelo descentralizado distribuido en los servicios regionales, sin embargo, está mostrando cierta fragilidad en los elementos de cohesión.

» La amenaza principal de nuestro sistema sanitario reside en la sostenibilidad del mismo, como capacidad para mantener el sistema para el futuro.



tación presupuestaria por habitante, exige mayores esfuerzos y eficiencia para llegar a los mismos logros de salud?

Como gerente de la Agencia Valenciana de Salud (AVS) y sabiendo que nuestro gobierno dedica más porcentaje de su presupuesto a la sanidad que el resto de comunidades, a pesar de disponer de una *capita* menor, no es exagerar el hablar de una comunidad de gestión obligatoriamente eficiente. Las principales claves estructurales en esta comunidad, son las siguientes:

1. Modelo definido de gestión sanitaria. Modelo departamental descentralizado de gerencia única, con presupuesto capitativo y gestión directa, consorciada o en concesión administrativa (modelo valenciano), que están englobados en la AVS que establece contratos de gestión con todos ellos basados en el cumplimiento del plan estratégico. El presupuesto se ajusta a la población real atendida en cada departamento con el concepto de “el dinero sigue al paciente”, ejerciendo la AVS de elemento modulador y controlador. El poder de atracción y la gestión interna departamental son de este modo estimulados.

2. Visión y estrategia definida de la organización a largo plazo: (plan estratégico). Plan que atiende a los agentes de interés en tres elementos definidos: seguridad y satisfacción (al ciudadano), calidad de asistencia (al paciente) y sostenibilidad (al contribuyente o financiador) repartidos en 18 áreas estratégicas, que a modo de partitura permiten distribuir la visión y los valores de la organización a todos sus miembros. La importancia del plan estratégico es su extensión en el tiempo más allá de su temporalidad legislativa.

3. Apuesta por sistemas de información compactos y seguros que forman parte de la estrategia. Desde hace seis años la AVS ha trabajado en el proyecto de historia electrónica ya desplegada en AP en toda la comunidad (ABUCASIS) y en pleno despliegue a nivel de hospitales

(ORION) reconocido en todo el Estado; sin embargo el proyecto integrador y de sostenibilidad se cierra con la ejecución del actual plan de sistemas, que tiene por objetivo lograr un sistema que integre la atención sanitaria (HCE, receta electrónica, etc.) con los sistemas de gestión (Orion Logis, Orion Perso, etc.) y los sistemas de inteligencia de negocio (BI), articulados en un eje formado por la base de datos poblacional (SIP) y el catálogo de recursos corporativo (CRC). Este robusto sistema de información integrado será con toda seguridad uno de los elementos más importantes de vertebración de nuestro modelo sanitario, permitiendo no sólo el control *on line* de la actividad sanitaria, sino también valoración inmediata de la innovación en gestión y la simplificación de todos los procesos de relación entre estructuras.

4. Valor del profesional. La AVS ha apostado por los profesionales como el valor más importante de la organización. Nuestro modelo de contratos de gestión permite la consecución de objetivos propios a departamentos, servicios, unidades funcionales y de carácter individual que generan una posición, un elemento de progresión en carrera o desarrollo profesional y un elemento retributivo complementario por productividad. El modelo departamental, el plan estratégico de la AVS y los sistemas de información (BI) se complementan de manera que el profesional conoce la visión y planes de la organización, su grado de cumplimiento y las herramientas para mejorar sus resultados, contribuyendo, por tanto, a los fines corporativos y su sostenimiento.

La Comunidad Valenciana no puede dejar de innovar en eficiencia y racionalización del gasto, tal vez un escalón más avanzado que otras comunidades, convirtiéndose en un elemento de subsistencia más que en una opción, pero los elementos vertebradores antes referidos aseguran su continuidad. ■

Una actividad de Aula Bayer:



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Internet y medicina

La digital, otra brecha generacional

El autor se refiere al uso de Internet por parte de las personas mayores.



Marcial García Rojo*

» Estos resultados sugieren que no hay pruebas que confirmen que la utilización de Internet tenga una relación importante con la salud de la población de edad avanzada.

» Este trabajo sugiere que la brecha digital no supone una fuente de desigualdades en salud para las personas mayores distinta a la brecha social.

El departamento de Psicología Social de la Universidad de Valencia, en colaboración con la Universidad de Oviedo, ha realizado un estudio para analizar la asociación entre el uso de Internet y la autopercepción de salud entre las personas mayores y determinar si esta asociación es independiente de la posición socioeconómica. El estudio ha sido publicado recientemente en la revista electrónica *Journal of Medical Internet Research*.

Inicialmente, los resultados del estudio mostraron una relación significativa entre el uso de Internet y la percepción de la salud, lo que parecía sugerir que los usuarios de Internet tienen una mejor percepción de la salud de los no usuarios. Este efecto se mantuvo cuando otras variables sociodemográficas se introdujeron en la ecuación. Sin embargo, la relación significativa entre el uso de Internet y de autovaloración de la salud desapareció en cuanto se tomó en cuenta la clase social.

En general, estos resultados sugieren que no hay pruebas que confirmen que la utilización de Internet tenga una relación importante con la salud de la población de edad avanzada, una vez que se tiene en cuenta la posición socioeconómica de los individuos.

El análisis de los usuarios de Internet de 55 a 74 años de edad, en relación con cuestiones de salud, es un punto fuerte de este estudio. Tradicionalmente, se ha prestado poca atención a los usuarios de Internet en este grupo de edad. Por ejemplo, en España, se sabe muy poco acerca de este segmento de la población más allá del hecho de que constituyen un grupo de usuarios activos cuantitativamente bastante pequeño. Se ha sugerido que promover el acceso y la participación en la sociedad de la información entre las personas mayores permitirá obtener resultados positivos en la salud y el bienestar. Desde este punto de vista, la brecha digital sería un importante factor de-

terminante de la salud para las personas mayores. Y así podría ser si se ignora la posición social de los individuos.

Sin embargo, los autores de este estudio concluyen que la brecha digital no es una fuente de desigualdades en salud y la aparente relación entre la brecha digital y la salud entre las personas mayores que parece ser un reflejo de las desigualdades sociales existentes en la salud. En otros términos, los usuarios de Internet pueden ser más saludables siempre que sean más ricos.

El gradiente socioeconómico en la salud está descrito en la literatura y, aunque disminuye con la edad, también alcanza a las personas de edad avanzada. Además, este gradiente socioeconómico en salud se observa independientemente de si el nivel socioeconómico se mide por la ocupación, la educación o los ingresos. El trabajo también revela diferencias de género en la autopercepción de la salud que están en línea con otros estudios de informes, como una mayor proporción de mujeres que calificaron su salud como mala.

En conclusión, este trabajo sugiere que la brecha digital no supone una fuente de desigualdades en salud para las personas mayores distinta a la brecha social. Las personas mayores se encuentran entre los grupos más excluidos de la sociedad de la información. Reducir la brecha digital entre las personas mayores se ha convertido en un objetivo de muchas iniciativas, ya que se cree que la sociedad de la información proporcionará beneficios para el bienestar en ese segmento de la población. Sin embargo, como la brecha digital es también una expresión de las desigualdades sociales, las políticas e iniciativas dirigidas a la reducción de la brecha digital, si no se tiene en cuenta la brecha social, pueden contribuir a empeorar las desigualdades socioeconómicas existentes y puede beneficiar a los que ya son los más favorecidos. ■

* Médico especialista de Anatomía Patológica. Coordinador de Sistemas de Información del Hospital General de Ciudad Real y vocal de Castilla-La Mancha de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud. E-mail: marcial@cim.es

Porque lo importante es su seguridad



ventajas

- Protección Jurídica
- Daños estéticos al continente en cualquier garantía
- Bonificaciones
- Asistencia 24 horas
- Presupuestos personalizados
- Averías de electrodomésticos
- A.I.R. Asistencia Informática Remota

En A.M.A., nos preocupamos por su seguridad y la de los suyos, por ello ponemos a su disposición una gama de garantías optativas, para que elija usted las que más le interesan.

SERVICIO DE GARANTÍA BÁSICA

Disfrute de los servicios de:

- Teleasistencia
- Copia de Seguridad
- Asistencia In Situ
- Recuperación de datos



40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- Teléfono Central Madrid **91 343 47 00**
- A través de internet: **www.amaseguros.com**
- A.M.A. Villanueva **914 310 643**
villanueva@amaseguros.com
- A.M.A. Hilarión **915 496 088**
hilarion@amaseguros.com



Inversiones

El año de los fondos de inversión



Natalia Aguirre Vergara*

El aumento de la fiscalidad del ahorro aplicado desde el comienzo de este año 2010 beneficia de forma clara la canalización de las inversiones a través de fondos de inversión.

El tipo aplicable a la Base Imponible del ahorro (ganancias de capital y rendimientos del capital mobiliario) ha pasado del 18 por ciento (tipo único vigente hasta el momento) al 19 por ciento para los primeros 6.000 euros y al 21 por ciento para el resto. La modificación de la fiscalidad del ahorro sólo ha consistido en la elevación de los tipos, sin aplicar una reforma en profundidad que igualara la tributación de los distintos productos financieros. De esta forma, el aumento del gravamen a las rentas del ahorro en el IRPF ofrece nuevas oportunidades de planificación fiscal del ahorro, como es la migración hacia productos donde el inversor puede decidir el momento de tributación. Éste es el caso de los fondos de inversión.

Aunque todas las rentas del ahorro tributan al mismo tipo, cada producto financiero tiene una fiscalidad propia. No existe una homogenización de tributación entre los distintos productos. Así, cualquier ahorrador o inversor, por pequeño que sea, puede demorar *sine die* el pago de impuestos sobre sus inversiones financieras si canaliza éstas exclusivamente a través de fondos de inversión.

De esta forma, para cualquier persona física es posible traspasar posiciones de un fondo de inversión a otro de forma ilimitada sin tributar por las plusvalías latentes en el momento del traspaso. Sólo cuando retire cantidades de los fondos de inversión tributará por las plusvalías acumuladas. Por tanto, siempre y cuando no necesite el dinero, y en función de sus perspectivas de evolución de los distintos activos (renta fija, renta variable, liquidez...), podrá ir moviendo su dinero entre distintos

fondos buscando la máxima rentabilidad adecuada a su perfil de riesgo y sin tener que tributar. Adicionalmente, al realizar reembolsos parciales, la plusvalía sólo será parte de la cantidad reembolsada.

En definitiva, ante la enorme disparidad de tributación entre unos productos de ahorro y otros, la subida aprobada en los Presupuestos Generales del Estado favorece a unos productos frente a otros. Los más favorecidos son los fondos de inversión y las SICAVs. Los más perjudicados, los depósitos bancarios e inversión directa en renta fija y renta variable. Esto podría permitir que 2010 fuese el año de los fondos de inversión, después de un complicado ejercicio 2009 (fuerte competencia de depósitos, reducción del riesgo

El aumento del gravamen a las rentas del ahorro en el IRPF ofrece nuevas oportunidades de planificación fiscal del ahorro

por parte de los inversores). De hecho, ya se ha ido apreciando una cierta mejora a medida que avanzaba el año 2009, que debería intensificarse durante el presente ejercicio.

Aún cuando la fiscalidad es sólo uno de los aspectos a considerar cuando se toma una decisión de inversión, es un elemento al que hay que darle su justa importancia. Cualquier inversor debe buscar maximizar la rentabilidad de sus inversiones, pero teniendo en cuenta también el efecto de los impuestos sobre la misma. Esto es, hay que maximizar la rentabilidad financiero-fiscal. De ahí que invertir a través de fondos de inversión pueda ser una buena opción para el año en curso. ■

» Ante la enorme disparidad de tributación entre unos productos de ahorro y otros, la subida aprobada en los Presupuestos Generales del Estado favorece a unos productos frente a otros.

» Aún cuando la fiscalidad es sólo uno de los aspectos a considerar cuando se toma una decisión de inversión, es un elemento al que hay que darle su justa importancia.

*Economista y directora de Análisis y Estrategia de Renta 4, Sociedad de Valores, S.A. Para contactar: analisis@renta4.es.

Valores del mes

Atractivos dividendos

En esta sección proponemos, cada mes, dos valores que representen una oportunidad de inversión. La selección se efectúa por medio de un análisis económico de diversas variables financieras (flujo de caja libre generado, nivel de deuda, niveles de rentabilidad y solvencia empresarial), que determinan el valor de la empresa. Los títulos propuestos tendrán un precio implícito mayor que el cotizado en los mercados.

Por **N. A. V.**

Qué ofrecen

Enagás es la empresa de transporte, regasificación y almacenamiento de gas natural líder en España y es también Gestor Técnico del Sistema Gasista. Como transportista abastece de gas al mercado a tarifa y gestiona sus infraestructuras, controlando un 90 por ciento de la red de transporte, tres plantas de regasificación, además de gestionar dos almacenamientos subterráneos de gas natural. Ofrece una interesante historia de seguridad (ingresos regulados) y crecimiento anual cercano al 10 por ciento en beneficios, ante la necesidad de seguir desarrollando la infraestructura gasista en España, incremento de resultados que traslada al accionista en forma de atractivos dividendos.

Banco Santander es el primer banco español y de la Eurozona en términos de capitalización bursátil y sigue constituyendo una historia de crecimiento en un entorno que aún es complejo dentro del sector financiero. Mantiene una posición única internacional, con una sólida base de negocio comercial recurrente y un alto grado de diversificación geográfica, que permite suavizar el complicado entorno doméstico en los momentos actuales. Los resultados de cara a 2010 seguirán estando apoyados por la diversificación geográfica, la gestión de los costes y la capacidad de generación orgánica de capital manteniendo niveles de ratios suficientes para hacer frente a los nuevos requerimientos de Basilea 3. ■

Los elegidos

Enagás. Ha presentado resultados de 2009 en línea con lo esperado a nivel operativo y batiendo las estimaciones en beneficio neto, con lo que cumple e incluso supera sus objetivos anuales por tercer año consecutivo. La guía de objetivos que ha presentado la compañía para 2010 apunta a un crecimiento en torno al doble dígito en ingresos regulados, beneficio operativo y beneficio neto, basados en inversiones anuales de 700 millones de euros, que será su velocidad de cruce para próximos años. Destaca especialmente la estricta contención de costes operativos y un coste financiero inferior al barajado hasta ahora por el mercado. Asimismo, Enagás mantendrá su "pay-out" (porcentaje del beneficio que destina a dividendos) en el 60 por ciento.

Banco Santander. Sus resultados correspondientes a 2009 mostraron una fuerte expansión en depósitos con debilidad en inversión crediticia, así como una estricta gestión de los diferenciales y los costes. Todo ello ha per-

mitido que el banco alcanzase su objetivo de beneficio recurrente para el año equivalente al alcanzado en 2008 y registrase crecimientos de doble dígito en las principales líneas de la cuenta de resultados. El ejercicio 2009 ha estado marcado por la generación de fuertes plusvalías que han ido destinadas a reforzar provisiones genéricas, así como a la dotación de provisiones para saneamientos de inmuebles y participaciones financieras. De cara a 2010, el banco espera mantener la senda de crecimiento actual, impulsado principalmente por su negocio en Reino Unido y Brasil. ■

Concepto	Enagás	Santander
PER 2010e	11,3x	8,9x
Rentab. dividendo(%)	5,2	5,8
Precio actual	15,34	9,66
Precio objetivo	18,6	13,2

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 1-3-10

Cómo salvar la brecha generacional

Las diferencias generacionales pueden ser una fuente de conflictos, pero también pueden generar una medicina mejor.

Por José María Martínez

El término “generación” se refiere habitualmente a un conjunto de personas que “crecieron en una misma época” experimentando la historia desde una misma perspectiva en la vida. Los acelerados cambios de la sociedad contemporánea hacen que una generación alcance su mayoría de edad en un entorno socio-cultural distinto al de la generación anterior.

Los médicos mayores se caracterizan por ser siempre muy trabajadores y leales a un sólo empleo en su vida profesional. Consideran que el sacrificio personal es una virtud y tienen un fuerte respeto por la autoridad, mientras que para los médicos jóvenes el trabajo es sólo un aspecto más de su vida, tienen diversos empleos en su vida profesional, piensan que el sacrificio debe hacerse sólo de forma

ocasional por muy comprometidos que estén con la causa y cuestionan a la autoridad.

Pero a veces las diferencias en la valoración de los problemas no son tan grandes, sino la forma de poderlos resolver. “Los médicos jóvenes lo tienen en muchos aspectos hoy día más complicado que nosotros hace años, pues la masificación de pacientes en la medicina pública provoca que no puedan dedicar apenas tiempo a hablar con el paciente de otros aspectos que servirían para relajar la visita y hacerla más provechosa, sintonizar con ellos y ganarte su reconocimiento”. Quien así se expresa es el doctor Humberto Marín, ya en una etapa avanzada de su carrera profesional como oftalmólogo con actividad privada a sus 67 años en el Centro de Oftalmología Avanzada de Poniente en Lérida.

“A mí me gustaría disponer de un mayor tiempo para hablar con ellos de otros aspectos

**José Antonio García
Donaire (izda.),
de 35 años
y José María
Alcazar, de 65.**



tos de la vida en general, como la última película recién estrenada, el tiempo e incluso si les hablo de su enfermedad poder enseñarles esquemas o hacerles dibujos donde se represente de forma sencilla su problema”, explica Abel Salas, (40 años) director médico del centro citado.

zaje. En la mayoría de los casos la formación será de mayor calidad en la medicina pública tanto por la calidad del profesorado, generalmente de gran peso académico, como por los equipamientos e instalaciones que, además se han modernizado notablemente en los últimos años.



“Antes el médico se basaba más en lo que se llamaba ojo clínico o conocimiento intuitivo basado en la práctica y ahora tiene que acudir más a demostraciones escritas o pruebas clínicas bien avaladas”

Humberto Marín, oftalmólogo

Y es que éste es el principal problema generacional, la enorme diferencia que se ha producido y que está transformando la relación médico-paciente en algo frío, impersonal, estresante.

Esa masificación está llegando también a la medicina privada, ya que sin ella no se pueden hacer rentables las organizaciones sanitarias que se han ido creando con grandes estructuras empresariales y tecnologías avanzadas y, por tanto, elevados costes.

Otro aspecto que se valora de forma diferente entre las dos generaciones son las horas de dedicación al trabajo. Antiguamente, incluso ejerciendo en la Seguridad Social, el médico excedía notablemente las horas de dedicación sin importarle lo más mínimo. En la actualidad, ante esa falta de reconocimiento social y la reducción de sus ganancias, los médicos jóvenes optan por cumplir su jornada laboral de forma estricta y procurar disfrutar más de su ocio y de su familia.



“A mí me gustaría disponer de un mayor tiempo para hablar con mis pacientes de otros aspectos de la vida, en general: como la última película que han visto, o el tiempo”

Abel Salas, oftalmólogo

Si a esto le añadimos que la mayor parte de estos pacientes acuden a las consultas de la mano de alguna aseguradora casi siempre, sobre todo en las grandes poblaciones, y que abonan a sus médicos de sus cuadros unos honorarios bajísimos obligándoles a trabajar en exceso e incluso a hacer guardias en días laborables y festivos y que hay listas de espera quirúrgica en la pública de fácil liquidación económica para el médico (las famosas “peonadas”) donde pueden por las tardes ejercer de forma más regulada su actividad y mucho más rentable, se puede estar produciendo un fenómeno de desinterés de los médicos jóvenes por la actividad privada.

Y tiene su lógica, pues el otro gran eslabón de interés para los médicos en general es la formación, es decir, su período de aprendi-

El alto respeto que existía en la relación médico-paciente, reconociendo éste sus carencias, también ha cambiado mucho y ahora existe una tipología de pacientes peligrosos en diferentes aspectos: desde el muy informado por los diferentes medios y que casi pretende que el médico sólo le ratifique su autodiagnóstico personal hasta el agresivo que casi considera al médico como el culpable de sus afecciones.

Antes, al existir esa distancia que marcaba el respeto entre los pacientes y “su médico”, el juicio de éste era considerado como el del experto y se creía en él “con los ojos cerrados”. Hoy día es casi todo lo contrario y surgen las “segundas opiniones” y, sobre todo, la medicina defensiva que es casi una de las primeras cosas que aprende un médico joven al iniciar

su actividad. El paciente, si no recibe la satisfacción particular, hecha a su medida, va a denunciar al médico y éste por ello se cubrirá desde un principio realizándole más pruebas diagnósticas incluso que las estrictamente necesarias con un coste más elevado para todo el sistema.

Tal y como afirma el doctor Marín, “antes el médico se basaba más en lo que se llamaba ojo clínico o conocimiento intuitivo basado en la práctica y ahora tiene que acudir más a demostraciones escritas o pruebas clínicas bien avaladas”. Y en este segundo caso se vuelca más en los equipos tecnológicos cada vez más precisos en su desarrollo y capacidad de diagnosticar y en los medios in-

mente sin ninguna recompensa económica, sino sólo la de poder coger una vía y aprender”. Situación ésta que ahora, sin menospreciar lo anterior ni mucho menos, no es tan importante objetivamente, ya que según el doctor García Donaire “la enseñanza previa y la exigencia de formación en la universidad es mucho más completa ahora, ya incluso marcada por la barrera que supone la nota de selección para poder estudiar Medicina”.

Respecto a las aspiraciones docentes de ambas generaciones, ambos profesionales coinciden en que en nuestros días los médicos jóvenes tienen menos posibilidades de alcanzar puestos de profesorado en la univer-



“Recuerdo las bonitas sensaciones que experimentaba cuando hacía guardias voluntariamente sin ninguna recompensa económica, sino sólo la de poder coger una vía y aprender”

José María Alcázar, nefrólogo

formáticos, donde el médico mayor de edad no llega o lo hace con grandes dificultades por falta de interés personal. “Los avances en Medicina y tecnología han servido para poder diagnosticar y tratar enfermedades que antes no tenían tratamiento adecuado”, asegura el doctor Salas.

En la actividad pública los médicos comparten los mismos puntos de vista anteriores. Así, los nefrólogos del Hospital 12 de Octu-

sidad pública, debido a las restricciones presupuestarias y aquéllos que lo desean, cada vez menos, se están dirigiendo más hacia la docencia privada en los nuevos foros que permiten estudiar Medicina actualmente. Y todo ello en un contexto en el que cada vez se cree menos en la formación continuada desde la esfera pública.

En definitiva, para que la Medicina siga progresando hace falta crear equipos de tra-



“La enseñanza previa y la exigencia de formación en la universidad es mucho más completa ahora, ya incluso marcada por la barrera que supone la nota de selección para poder estudiar Medicina”

José Antonio García Donaire, nefrólogo

bre de Madrid, José María Alcázar (65 años, recién jubilado) y José Antonio García-Donaire (35 años) coinciden en que a los médicos de la segunda generación les “gusta mucho más disfrutar la vida” y exigen que se les permita hacerlo. Desde que estudian ya tiene la mentalidad de ser funcionarios.

En este sentido, el doctor Alcázar recuerda que “las bonitas sensaciones que experimentaba cuando hacía guardias voluntaria-

bajo altamente eficientes y atraer a los mejores, que están en ambas generaciones. Y para ser proactivo, se debe impulsar la amistad intergeneracional y dialogar para conocer mejor y compartir ambos puntos de vista. Esta es la labor del líder de dichos equipos que se creen en cada unidad operativa: tratar de acercar las distancias y tender los puentes de comunicación adecuados para un trabajo conjunto. ■

¿Y qué ocurre en Estados Unidos?

Por Jeff Bendix

puntos clave

» En una encuesta a residentes médicos, el 81 por ciento dijo que los honorarios eran el primer o segundo factor más importante a la hora de considerar un empleo.

» Los grandes logros sobre la flexibilidad en las horas de trabajo, así como conseguir un equilibrio entre el trabajo y la familia, han venido por parte de las mujeres.

» Muchos médicos veteranos creen que la reticencia de los galenos más jóvenes para trabajar más horas es el resultado de haber vivido experiencias muy diferentes como residentes.

Gordon Cotell piensa que los médicos jóvenes de hoy lo tienen fácil en comparación con su experiencia. “Cuando empecé a ejercer, tenía guardia dos noches a la semana y un fin de semana de cada dos”, recuerda el médico de 70 años, socio fundador de Doctors of the North Shore, una consulta de medicina de familia en Morton Grove, una zona residencial de Chicago.

Y Cotell debería saber que actualmente, la consulta formada por siete médicos se compone de una mezcla de jóvenes y veteranos. De esta manera, North Shore ofrece una combinación interesante de perspectivas en las diferencias entre médicos jóvenes y veteranos.

“Las cosas surgieron así”, dice Cotell. “Nadie lo puso en duda. Pero hoy, no creo que los médicos quieran trabajar tan duro. No quieren hacer tantas guardias y quieren muchos beneficios y menos trabajo”. Por otro lado, Cotell se ha beneficiado frecuentemente de los mayores conocimientos tecnológicos de sus colegas más jóvenes. “Me han ayudado a mejorar mi habilidad con el ordenador y con los registros del historial médico electrónico”, dice (véase el recuadro de la página 43).

Daniel Berman, médico de familia de 35 años, se unió a North Shore hace tres años. Las horas de guardias fueron uno de los factores que influyeron en su decisión. “Pensaba que serían cada seis fines de semana, lo que habría estado bien, pero resultó que eran cada siete fines de semana y todos los lunes, así que resultó ser mejor de lo que esperaba”, comenta. Mientras Berman ayudó a Cotell y a otros médicos veteranos a que se sintieran más cómodos utilizando los ordenadores, ellos le ayudaron a cambiar a mejorar la manera en la que se relacionaba con los pacientes. “Definitivamente, todo se basa en dar y recibir”, añade Berman.

Las experiencias de Cotell y Berman son ejemplos de lo que muchas consultas viven al intentar adaptar las diferentes necesidades y perspectivas de médicos jóvenes y veteranos. El reto es aún mayor debido a la relativa lentitud del cambio generacional que tiene lugar. Según la Academia Americana de Médicos de Familia, la edad media de sus miembros ha aumentado de 44,8 en 1996 a 46,7 en 2008. Aproximadamente el 55 por ciento de sus miembros tienen 45 años o más.

Mientras las diferencias generacionales pueden ser una fuente de conflicto, también



“Los médicos de hoy día se preocupan más por la vida fuera de sus consultas y no están dispuestos a comprometerse con su trabajo y sus pacientes como ocurría hace años”

Phil Middleton, vicepresidente de Contratación, Jackson & Coker

pueden generar una medicina de mayor calidad, puesto que los médicos de diversas edades comparten conocimientos y sacan provecho de los puntos fuertes del otro. “En las consultas, cada persona aporta diferentes habilidades y diferentes perspectivas”, dice Jennifer Zarate, presidenta y directora gerente de Professional Medical Staff Associates en Olathe, Kansas. “Nadie puede saberlo todo, pero intercambiando ideas todos ganan, sobre todo los pacientes”.

Gran parte del impulso por una mayor flexibilidad en las horas de trabajo y por conseguir un equilibrio entre la vida laboral y la familiar ha sido provocado por las mujeres, que en 2007 eran el 37 por ciento de los miembros profesionales de la Asociación Americana de Médicos de Familia, comparado con el 22 por ciento de 1996. Este número creciente está obligando a las consultas a que las bajas por maternidad y los turnos partidos sean una opción disponible para atraer a las mujeres.

Al mismo tiempo, sus compañeros, al igual que todos los hombres en las grandes poblaciones, buscan más tiempo para su vida personal.

Según un estudio del Instituto de Familia y Trabajo de EEUU, realizado en 2004, los hombres nacidos entre mediados de la década de los sesenta y mediados de la de los ochenta pasan, de media, más de una hora al día con sus hijos que los hombres de generaciones precedentes.

Muchos médicos veteranos creen que la reticencia de sus iguales más jóvenes para trabajar más horas es el resultado de haber vivido experiencias muy diferentes como residentes. Mientras que a las generaciones anteriores no se les ponía virtualmente ningún límite de horas al pedirles que trabajaran, en 2003 el Consejo de Acreditación de la Educación Médica promulgó en EEUU unas directrices que limitan las horas de los residentes a 80 por semana.

Tyson Ikeda, médico de 44 años, director del programa de residencia en medici-



MÁS CÓMODOS CON LA TECNOLOGÍA

La diferencia principal en las actitudes generacionales reside en el nivel de comodidad con la tecnología, especialmente los registros del historial médico electrónico.

“Los registros electrónicos son muy importantes para los médicos jóvenes, y a veces pueden suponer la ruptura del contrato cuando descubren que la consulta no los utiliza”, comenta Phil Middleton, vicepresidente de la empresa de contratación Jackson&Coker. “Es la manera en la que se han formado. No quieren volver atrás y utilizar el papel”.

Joseph Scherger, médico de familia de 58 años, profesor de Medicina Clínica de Familia y Medicina Preventiva en la Universidad de California en la Facultad de Medicina de San Diego, está constantemente aprendiendo de los médicos jóvenes, desde enviar ar-

chivos adjuntos hasta realizar mejores búsquedas en la red para encontrar técnicas para utilizar más eficazmente el registro del historial médico electrónico. “La generación mayor tiene sabiduría y experiencia clínica, pero cuando se trata de enseñar las nuevas tecnologías, la generación más joven es la mejor”, añade Scherger.

Cuando el North Coast Family Medical Group en Encinitas, California, decidió pasarse al registro electrónico, Craig Duck, el médico más joven, se propuso voluntario para dirigir el esfuerzo. “Él se sentía muy cómodo con la tecnología, así que tenía sentido que fuera él”, comenta Jim Hay fundador de la consulta. “Él llevó a cabo toda la investigación y cargó con todo el peso por nosotros, y se convirtió en nuestro experto. Hizo que el proceso fuera mucho más sencillo”.



Daniel Bernan, MD (izquierda), es mucho más joven que Gordon Cotell, pero los médicos de Doctors of the North Shore, cerca de Chicago, han aprendido mucho unos de otros.

na de familia en la Universidad de California, la Escuela de Medicina de San Diego, dice que los límites han cambiado la manera en que los médicos jóvenes piensan en el cuidado del paciente. “Se acostumbran a la idea de transferir la asistencia a otra persona, antes que seguir un problema hasta el final,” añade.

La asociación ya no resulta tan atractiva

Los médicos jóvenes, por lo general, prefieren ser empleados retribuidos en una consulta u hospital antes que convertirse en socios o emprender sus propias consultas.

“La actitud que veo entre los médicos jóvenes es: ‘quiero que otra persona se encargue de las cuestiones administrativas, que negocie con los vendedores, que se ocupe del seguro por negligencia; yo sólo quiero ejercer la Medicina”, dice Tim Martindale, de 51 años y socio en una consulta formada por dos médicos en Waco, Texas.

Esta actitud también se refleja en la encuesta de Merritt Hawkins. Sólo el 1 por ciento de los encuestados escogió la consulta propia como la tipología a la que estarían más dispuestos a trabajar, mientras que en 2001 la eligió el 8 por ciento. Por el contrario, el 22 por ciento prefirió trabajar como empleado en un hospital, comparado con el 3 por ciento que pensaba así en 2001.

La manera en que los médicos jóvenes afrontan su trabajo es, en algunos aspectos, una respuesta a los cambios en el modo de

ejercer y financiar la medicina de Atención Primaria: descensos en los beneficios debido a la pérdida de ingresos ha hecho que las asociaciones resulten menos atractivas económicamente.

“Puede que estuviéramos demasiado dispuestos a hacer cosas como llamar a las casas y hacer guardias, pero nos pagaban todo nuestro trabajo y esfuerzo”, señala Jeff Pearson, propietario y director médico de Medicine-in-Motion, una consulta de medicina de familia y deportiva en San Marcos, California. “Actualmente, estamos obligados al pago capitolativo, así que no hay muchos incentivos para trabajar más duro”.

Flexibilidad y comunicación

Para North Coast Family Medical Group en Encinitas, California, “la clave de acomodarse a las necesidades de todo el mundo es la flexibilidad y la comunicación”, asegura el fundador Jim Hay. Las edades de los miembros de esta consulta van desde los 30 años (Hay) a los 62.

“Hemos hecho muy bien porque sabemos que los médicos jóvenes tienen familias jóvenes y están más interesados en poder controlar su tiempo”, dice Hay. Uno de los médicos jóvenes trabaja media jornada para acomodarse a las necesidades de su familia, al igual que Hay, que forma parte de las asociaciones médicas americanas. Los médicos coordinan sus horarios a través de uno de los empleados y están en contacto por correo electrónico y por las reuniones bimensuales de empleados. Las responsabilidades de las guardias en fin de semana se dividen equitativamente.

North Coast ha podido evitar los conflictos entre el trabajo y la vida privada seleccionando cuidadosamente a los médicos que contrata. “Nos quedamos con la gente que tiene ganas de trabajar duro y de dar el cien por cien cuando están aquí”, dice Hay.

La clave para quedarse con la gente adecuada es ser honesto acerca de la naturaleza de la consulta y de lo que se espera de los médicos y empleados. “Debes poder decir: ‘Así es como trabajamos’, y si ellos creen que pueden encajar, y suponiendo que cumplen tus otros criterios, entonces te lo planteas”, añade Hay. “Creo que a veces las consultas se equivocan al querer atraer tanto a alguien, pues presentan algo que no encaja con la realidad. Entonces, el nuevo médico se desilusiona porque no es lo que esperaba”. ■

SUSCRÍBASE
POR SÓLO 10 €
DE GASTOS
DE ENVÍO

Cosmetic
SURGERY TIMES



La información
integral más
actualizada
sobre cirugía
y medicina
cosmética

SUSCRÍBASE

Recorte y envíe este boletín por correo o fax a:

Spanish Publishers Associates - C/Antonio López, 249, 1º - 28041 Madrid - Fax: 915002075

- Sí, deseo recibir los 6 números anuales de *Cosmetic Surgery Times*, más los 4 suplementos de la revista, abonando exclusivamente **10 € por los gastos de envío**.

SPA
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

FORMA DE PAGO

- Transferencia** Spanish Publishers Associates 2100 1745 54 0200065096 La Caixa
 Cheque adjunto N° _____ a nombre de Spanish Publishers Associates. Banco/Caja: _____
 Domiciliación bancaria N° de cuenta _____
TITULAR _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y Apellidos _____ NIF: _____
Empresa _____
Dirección _____
Población _____ Provincia _____ País _____
Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____ E-mail _____

**IMPORTANTE: NO OLVIDE COMUNICAR A SU BANCO LA ORDEN DE PAGO
O, EN SU CASO, ADJUNTAR EL CHEQUE EN EL SOBRE DE ENVÍO**

Firma _____

De conformidad a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la cumplimentación de este formulario, VO consento de modo expreso en la incorporación de sus datos en el fichero automatizado de SPA, S.L. cuya finalidad es transmitir su suscripción a esta revista, así como informarle acerca de temas de ámbito científico, profesional, sanitario y/o farmacéutico que puedan resultar de su interés tanto de SPA, S.L. como del resto de empresas del grupo Drug Farma (Drug Farma, S.L. Prodrug Multimedia S.L.). Usted tiene los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a SPA, S.L. C/Antonio López, 249, 1º, 28041 Madrid.

Para cualquier información: Dpto. Suscripciones. Telf: 91 500 20 77. Mail: suscripciones@drugfarma.com

Cultura

LIBROS

Cómo enfrentarse a la muerte

Ignacio Berciano, médico de profesión, es el autor de *Aprendiendo a morir*, su segundo libro dentro de la colección Crecimiento Personal (Editorial Desclee de Brouwer). En esta interesante obra nos acerca al profesional que se enfrenta al dilema de la lucha entre la vida y la muerte a diario. El libro parte de esta cita de A. Malraux: "La muerte sólo tiene importancia en la medida que nos hace reflexionar sobre el valor de la vida".

En esta novela nos podemos encontrar situaciones y testimonios de todos conocidos (aunque no sea en primera persona), relacionados con la muerte de seres queridos, el enfrentamiento con enfermedades graves o temas tan polémicos como la eutanasia o el testamento vital. El autor pretende transmitir a los lectores que hay que aprovechar la vida hasta el último minuto, sin preocuparse por lo que vendrá al día siguiente.



Título: *Aprendiendo a morir*
Autor: Ignacio Berciano
119 páginas

EXPOSICIONES

La iconoclasta Maruja Mallo

Ana María Gómez González (verdadero nombre de Maruja Mallo) regresa a la madrileña Academia de Bellas Artes (C/ Alcalá, 13) para exhibir su obra en la mayor retrospectiva que se le ha dedicado hasta el momento (más de 130 obras, entre óleos, dibujos, fotos y documentos), organizada por la Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales y la Fundación Caixa Galicia. Los comisarios, Juan Pérez de Ayala y Fernando Huici, repasan más de cinco décadas de trabajo: de sus telas más coloristas a las más lúgubres, del surrealismo al constructivismo, de los retratos bidimensionales a sus naturalezas vivas. La muestra se puede visitar hasta el 4 de abril.



25 años de Miquel Barceló

Miquel Barceló celebra en el Caixaforum de Madrid sus últimos 25 años de dedicación artística, resumidos en una muestra con 180 obras entre pinturas, cerámicas, acuarelas, dibujos, carteles, libros y cuadernos de viaje, que desvelan la prolífica trayectoria del artista español vivo más conocido en el ámbito internacional. La muestra, abierta hasta el 13 de junio, cuenta con la participación directa del propio Barceló en la selección de las obras, que además ha prestado algunas telas de su propia colección. La muestra viajará posteriormente a Barcelona, donde se podrá ver a partir del mes de julio.



CINE

Mel Gibson regresa al cine con 'Al límite'

Mel Gibson regresa a la gran pantalla tras un exitoso período de siete años detrás de las cámaras. Dirigido por Martin Campbell, *Al límite* es un thriller cargado de emotividad en el que se entremezclan la política y los grandes negocios. Thomas Craven (Mel Gibson) es un investigador policial cuya hija es asesinada. La trama va desarrollándose al tiempo que el oficial irá atando cabos hasta descubrir la relación de su hija con las más altas esferas del poder. El *film* está basado en la miniserie de la BBC del mismo nombre, galardonada con los premios BAFTA, que ha sido todo un éxito en Estados Unidos.



Internet

El sector del móvil toma Barcelona

El éxito del Mobile World Congress, la gran cita para el sector de móviles en Barcelona, puede medirse por la asistencia de figuras de talla mundial, como el consejero delegado de Microsoft, Steve Ballmer, y por la cantidad de novedades que se sirvieron del encuentro en la Ciudad Condal para presentarse ante su público.

Ballmer eligió la capital barcelonesa para dar a conocer la última versión de su sistema operativo para teléfonos, el Windows Mobile, que incorporará su plataforma virtual de juegos Xbox Live y la experiencia Zune de entretenimiento, un producto que va a comercializarse la próxima Navidad y que confirma la guerra sin cuartel emprendida contra las actuales "reinas de Internet", Apple y Google.

Telefónica también ha llevado una de sus novedades estrella al Mobile World Congress de Barcelona, presentando en sociedad el proyecto 3GBox,

un módem USB 3G que está capacitado para almacenar datos y contenidos directamente en la red.

Cuando se ve por primera vez puede confundirse con un simple *pendrive*, pero —gracias al Cloud Computing— el 3GBox es capaz de almacenar y recuperar directamente los contenidos en Internet sin límite de espacio.

En su comunicado a los medios, Telefónica asegura que el usuario no notará retardo alguno al subir los contenidos, dado que la conexión HSPA+ del módem permite alcanzar velocidades de hasta 21 Mbps de bajada y 5,76 Mbps de subida, sólo en aquellas ciudades —eso sí— que dispongan de una infraestructura desplegada HSPA en la red 3G.

El sistema de caché inteligente mejora la experiencia del usuario, mientras sus canales alternativos de acceso (*web*) posibilitan compartir contenidos. Finalmente, se podrá escoger la capacidad de almacenamiento que más interese. ■



Ballmer eligió la ciudad condal para dar a conocer la última versión de su sistema operativo para teléfonos.

Sección patrocinada por
 Web de @
MUJER

Las fotos del año

Esta popular *web* recoge en su marcha itinerante por todo el mundo las fotos más impactantes que nos hacen sentir emociones diversas. No nos dejarán indiferentes.

<http://www.worldpressphoto.org/>



Tarjetas animadas para todo el año

No sólo en Navidad o cumpleaños podemos enviar felicitaciones a aquellas personas a las que guardamos afecto. En inglés o español, también podemos desear su mejoría a quien está enfermo o ánimo a quien esté triste.

<http://www.correomagico.com>



CIBERCONSEJOS

Los novios de Apple

Telefónica se ha presentado como el socio editorial ideal y ha presentado su estrategia para poner en circulación más de 20.000 e-Books en el mercado español. Vodafone tampoco se ha quedado atrás al anunciar su apuesta por la distribución y venta de libros y medios de comunicación digitales con una política de acuerdos con editoriales y proveedores de contenidos. La batalla por pactar con Apple para la distribución del iPad y blindarse contra la futura tienda de e-Books ha comenzado en España.

Portátil de bolsillo para ver cine

Presentado en el Mobile World Congress de Barcelona, el nuevo LG Mid es un *netbook* de bolsillo sin teclado, que recuerda a una tableta o teléfono móvil táctil, aunque la pantalla reproduce las dimensiones panorámicas del cine en su pantalla, de 4,8 pulgadas y resolución de 1024 x 480, cuya proporción es de 2,35:1, formato que usan la mayoría de películas en el cine y que está empezando en las televisiones. Posee un sistema operativo capaz de abrir varias tareas al mismo tiempo.

Golf



Torneo de Qatar

Un gaditano, dos suecos y un sudafricano

Álvaro Quirós se mete entre los 30 mejores del mundo gracias a su victoria en el torneo de Qatar.

El gaditano Álvaro Quirós regresó a la zona que le corresponde, su espacio natural por calidad y talento, al situarse trigésimo segundo en la lista mundial gracias a su segundo puesto en el torneo de Qatar de golf. Quirós, el mejor "pegador" de Europa, se ha abierto la puerta de los grandes torneos de este primer tercio de campaña, con pasaporte nuevamente para el Masters de Augusta. Los dos primeros puestos de la clasificación mundial no han variado: Tiger Woods conserva su clara ventaja y Phil Mickelson, que debutó recientemente en el PGA Tour con un decimonoveno lugar, es segundo.

En el Internacional de España Senior Dobles Masculino 2010, los suecos Bob

Bäckstedt y Per Hildebrand se han adjudicado el triunfo, torneo celebrado en el campo de Villaitana (Alicante). La presión de los golfistas locales —personalizada en el buen trabajo de Miguel Preysler y Francisco Maestro— no sirvió para desbancar a los jugadores nórdicos, aupados al liderato desde la primera jornada.



El gaditano Álvaro Quirós sigue mejorando y subiendo puestos en el ranking mundial de golf.

Bäckstedt y Hildebrand firmaron el par del campo (72 golpes) en esta segunda fecha, un registro ajustado pero suficiente, ya que la pareja española no bajó de los 70 impactos. Al final, 136 para los suecos y 137 para los locales. La tercera posición fue para los madrileños Álvaro Herrero y Juan Ortín —compartida con el sueco

Anders Falk y el italiano Guiseppe Cherchi—, que acumularon 140 tras una segunda jornada discreta.

El devenir de la primera jornada situó en el liderato a la pareja sueca, autores de una vuelta, que a la postre fue decisiva, de 64 golpes. La presencia de las dos parejas locales —Miguel Preysler y Francisco Maestro, y Álvaro Herrero y Juan Ortín— al acecho, con 67 impactos, alimentaba las opciones de contemplar ganadores españoles. Pero no pudo ser, y los nórdicos se convirtieron en los sucesores de los irlandeses Hugh Smyth y Maurice Kelly, ganadores en 2009.

Por su parte, el sudafricano Charl Schwartzel ha sido nombrado mejor golfista del circuito europeo del mes de enero después de comenzar el año 2010 de manera espectacular y firmar dos victorias en la gira sudafricana del circuito. Schwartzel consiguió la victoria en el Abierto de África en la segunda semana de enero y después ganó, de manera consecutiva, el Abierto de Johannesburgo, apenas siete días después. ■

Tiger Woods regresa al podio de los ingresos

El estadounidense Tiger Woods volverá a ser este año el deportista mejor pagado y se mantendrá como la "marca deportiva" de más valor comercial del mundo, según una nueva lista de la revista Forbes, que sitúa al futbolista inglés David Beckham en segundo lugar, aunque a una gran distancia del golfista. Esta prestigiosa publicación ha elaborado por segundo año consecutivo un listado del valor comercial que han logrado alcanzar a lo largo de los años marcas, deportistas, equipos y acontecimientos deportivos de todo el mundo. En el ámbito de los deportistas, Forbes ha estudiado en cuánto valoran los patrocinadores a cada jugador y el primer nombre que aparece en la lista es Tiger Woods, incluso pese a la pérdida de contratos publicitarios y de patrocinio sufrida a raíz de que se hicieran públicas sus infidelidades matrimoniales. La revista recuerda que los 105 millones de dólares ingresados el año pasado gracias a los contratos publicitarios hicieron que Woods ganara más que los tres siguientes deportistas mejor remunerados.