



Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 128 26 de marzo de 2010 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

Mesa Redonda

El impacto socioeconómico de la dependencia

Pág. 18

ADEMÁS

JORNADAS MEDICAL ECONOMICS

La realidad de la depresión:
clínica y farmacoeconomía
(págs. 8-9)

Impacto y gestión de la
incapacidad temporal
(págs. 10-11)

S.P.A.

SPANISH FULFLEDGE ASSOCIATION

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 Congressos

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

Valencia
5,6,7 Mayo 2010

Palau de la Música y
Congresos de Valencia



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

www.semst.org

*La salud laboral:
compromiso de todos*

Organizado por



Coorganizado por



GENERALITAT
VALENCIANA

CONSELLERIA D'ECONOMIA,
HISENDA I OCUPACIÓ

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: lpnizo@drugfarmacongresos.com



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-INFECICIOSOS

 **astellas**
Leading Light for Life

18 EN PORTADA

El impacto socioeconómico de la dependencia

La Ley de Dependencia cumplió el pasado mes de enero tres años desde su entrada en vigor. Su desarrollo es dispar e incompleto en cuanto a su financiación, cobertura, evaluación y prestaciones. Para abordar el fenómeno de la dependencia, incluida la vertiente que ofrece como oportunidad de negocio para el sector sanitario privado, MEDICAL ECONOMICS convocó a reconocidos expertos en torno a una mesa redonda.



ECONOMÍA DE LA SALUD

16 Medidas específicas para cuantificar el dolor

En la actualidad se dispone de diversas escalas de medida específicas que permiten evaluar la intensidad y el impacto del dolor. Es fundamental considerar y evaluar sus propiedades psicométricas.

PRÁCTICA PROFESIONAL

38 Tres

El autor cuenta la historia de un niño que de mayor quería ser médico de Atención Primaria. Escribe sus deseos y esperanzas sobre la profesión en una redacción, que su profesor le suspende.

VIDA PERSONAL

34 Cuarenta años de fumador

El tabaco ha sido fiel compañero del autor durante cuarenta años, al igual que ocurre con muchos personaje célebres de la historia. Un día comenzó a toser sin parar y se dio cuenta de que su días de fumador habían terminado.

16 LA VISION DEL EXPERTO | 16 de marzo de 2010 | Medical Economics

Economía de la Salud en el Área de Dolor (II)

Medidas específicas para la cuantificación

El autor describe la importancia de cuantificar el dolor y menciona diversas escalas de medida. Destaca la necesidad de evaluar tanto la intensidad como el impacto del dolor en la vida del paciente. Menciona que existen escalas validadas para diferentes tipos de dolor y que es fundamental considerar sus propiedades psicométricas.

34 | Cuarenta años de fumador

El tabaco ha sido fiel compañero de la vida del autor, tal y como les ha ocurrido a muchos personajes célebres.

Venancio Díaz Castán

El autor cuenta su experiencia de ser fumador durante cuarenta años. Describe cómo el tabaco se convirtió en un hábito diario y cómo, con el tiempo, comenzó a experimentar síntomas que le hicieron dudar de su salud. Finalmente, decide dejar de fumar y reflexiona sobre el impacto que el tabaco ha tenido en su vida.

20

CONGRESO NACIONAL

ASOCIACIÓN DE ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD

El Administrativo de la salud, clave fundamental en la gestión sanitaria

CUENCA · 18, 19, 20 y 21 de MAYO de 2010



Declarado de interés sanitario
por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

Declarado de interés científico-sanitario
por la Consejería de Salud y Bienestar Social
de Castilla-La Mancha.

Sede: **Teatro Auditorio de Cuenca.**

Secretaría Técnica:

Tel. 618 347 845 · Fax 969 234 877

e-mail: congreso@administrativosdelasalud.com

www.administrativosdelasalud.com



SESSAM



Medical Economics



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 **Mi punto de vista**

6 **Profesión/Finanzas**

LA VISIÓN DEL EXPERTO

12 **Gestión de Calidad. Medio Ambiente**

Las consecuencias del sistema económico

13 **Normativa**

14 **Gestión en Atención Primaria**

16 **Economía de la Salud en el Área del Dolor**

Medidas específicas para cuantificar el dolor

20 **Sanidad autonómica**

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

31 **Tecnología**

Y ADEMÁS...

42 **Journal Scan**

45 **Tres de últimas**



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Es adecuado el modelo español de protección a la dependencia?

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

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics

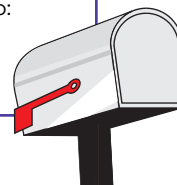


ENCUESTA EXCLUSIVA

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 Ángel 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

Mi punto de vista

El cénit del petróleo y del sistema de salud

Muy pocos sectores tienen un impacto mayor en la calidad de la vida humana que la atención médica, pocos sectores, por lo tanto tienen una responsabilidad mayor a la sostenibilidad que la atención médica. Así que, ¿qué amenaza representa la inminente crisis energética mundial, también conocida como el *peak oil* (cenit del petróleo) para la salud y la medicina moderna? El *peak oil* no se refiere al agotamiento del petróleo —seguramente el mundo nunca experimentará el agotamiento total del petróleo—. *Peak oil* se refiere al punto máximo de producción [extracción] mundial de petróleo y al impacto devastador que tendrá sobre la economía y nuestros sistemas de alimentación y transporte cuando la producción comience a disminuir y la demanda mundial de petróleo exceda a la oferta. Muchos expertos creen que el cenit se produjo en julio de 2008, coincidiendo con la subida de precios a 147 dólares el barril y una fuerte caída de la economía mundial.

Si poco se ha hecho en términos de evaluar el riesgo de *peak oil* en los negocios y en la industria, es irónico (e increíble) pensar que se ha hecho menos aún en el área de la salud. La industria farmacéutica, los sistemas nacionales de salud de todo el mundo y otros *stakeholders* del sector de la salud han hecho muy poco hasta ahora para explorar el *peak oil* y evaluar sus posibles repercusiones.

Al igual que otras industrias, el sector de la salud y la medicina moderna es completamente dependiente de la disponibilidad creciente de petróleo barato. Como queda de manifiesto en

las investigaciones del doctor Dan Bednarz, “son necesarios los derivados petroquímicos para la fabricación de analgésicos, antihistamínicos, antibióticos, antibacterianos, supositorios, jarabes para la tos, lubricantes, cremas, pomadas, ungüentos y muchos geles. Los plásticos elaborados con petróleo se utilizan en las válvulas sintéticas del corazón y un gran número de otros implantes y prótesis, así como en muchos equipos médicos esotéricos. Los petroquímicos son utilizados en los tintes y placas para la radiología, tubos intravenosos, jeringas, y las máscaras de oxígeno.

Los edificios diseñados para el cuidado del paciente, así como las instalaciones usadas para la investigación médica, funcionan con electricidad y calefacción procedente de combustibles fósiles (con raras excepciones). Las ambulancias y los vuelos de helicóptero (de emergencia y rescate) dependen del petróleo, al igual que el personal médico que viaja hacia y desde los lugares de trabajo. Suministros y equipos médicos se envían desde el extranjero en barcos y aviones impulsados por combustibles de petróleo. La lista de los productos, servicios y procedimientos que demuestran la dependencia del sector de la salud en los combustibles fósiles es interminable. Existe un consenso creciente sobre que la actual crisis financiera mundial es más el resultado del *peak oil* que de la actividad de Wall Street. Por lo tanto, hay otras consecuencias en la salud que trae consigo esta crisis, con su declive económico y desempleo masivo correspondiente, por no hablar de las repercusiones en la salud de otros potenciales acontecimientos resultantes de



Joseph Sullivan*

peak oil, como son los disturbios sociales o la agitación geopolítica (ya que la probabilidad de guerras por los recursos, como la que ya se libra en Irak, aumentarán de manera considerable).

Entonces, ¿qué se puede hacer? En primer lugar, los líderes de los diferentes segmentos del sector tienen que informarse —de forma inmediata— sobre el tema de *peak oil*. A continuación, deberían llevar a cabo una evaluación de *peak oil* para identificar los potenciales riesgos para todo el sector de la salud, desde la administración institucional sanitaria hasta la industria farmacéutica. Este análisis debería incluir una revisión exhaustiva que mida la capacidad de resistencia del sector a la disminución de la oferta y a los aumentos de precios similares o mayores que los observados en julio de 2008. Sin una evaluación adecuada del *peak oil* y la elaboración correspondiente de planes de contingencia, nos dejamos innecesariamente expuestos a un pronóstico crudo para el futuro desarrollo del sector de la salud y el sistema sanitario: ¿llegar al cenit de la producción de petróleo significará también llegar al cenit de la calidad de la salud y la medicina moderna? ■

*Chief Strategist de Sullivan Advisory.

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

27

universidades privadas hay en España.

1

tercio de todas las españolas.

5

por ciento de tesis leídas.

10,6

por ciento de alumnos matriculados.

8,2

por ciento del profesorado total.

Fuente: Estudio Guía Práctica Universidad

PROFESIÓN MÉDICA

Nace el Foro de los médicos de Atención Primaria

Constituido por la Organización Médica Colegial, las Sociedades Españolas de Atención Primaria SEMG; semFYC; SEMERGEN; AEPap; y SEPEAP, además de la CESM, uno de los principales propósitos del nuevo Foro de los Médicos de Atención Primaria, es que todas las decisiones que se adopten sean por consenso y orientar, así, el trabajo y la defensa del primer nivel asistencial en una misma dirección. Las primeras intenciones ya se han trazado en esta cita: lograr que el 25 por ciento del presupuesto sanitario se dedique a este nivel asistencial, y la defensa del actual modelo de Atención Primaria, aunque siempre abiertos a pequeñas mejoras.



ENSEÑANZA DE CALIDAD

15 millones de euros para pagar el complemento retributivo adicional por méritos a los docentes madrileños

Ya se ha aprobado un gasto de 15 millones de euros para pagar el complemento retributivo adicional por méritos a los docentes madrileños. El año pasado el gobierno de la Comunidad de Madrid concedió 45 millones de euros (22,4 millones para la financiación del complemento retributivo y 22,6 millones para sufragar el complemento específico). A partir de ahora, entre otros méritos, sumarán puntos para obtener esta retribución los sexenios relativos, los proyectos de investigación que aporten ingresos a la universidad y dedicación a la docencia (en virtud de los quinquenios de docencia reconocidos) o la acreditación de la Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación (ANECA). También se valorará la posesión de la habilitación o acreditación nacional para el acceso a los cuerpos docentes universitarios.



ENTRE NOSOTROS

Renta 4, sociedad presidida por Juan Carlos Ureta, miembro del Consejo Editorial de *Medical Economics*, se ha lanzado a la actividad de tesorería, derivados y mercado de capitales a través de una nueva sociedad, que se denomina Renta Markets. En ella participan Emilio Botín O'Shea y José Rodríguez, ex director de Trading de Bankers Trust y Banco Santander. La sociedad queda orientada hacia el mercado institucional, nacional e internacional, pero ofrecerá igualmente productos a la red y a los clientes de Renta 4.

SISTEMA SANITARIO

La sanidad retrasa pagos hasta 500 días por falta de presupuesto

Las autonomías acumulan una deuda de 3.000 millones de euros en material y de otros 2.700 en fármacos. Una sombra más que distorsiona la sostenibilidad del sistema. Las comunidades pagan tarde: se demoran una media de 269 días en abonar los productos sanitarios y 280 días en pagar los farmacéuticos, según datos del sector. Un período que se hace eterno si se tiene en cuenta que la Ley de Contratos del Sector Público marca desde 2004 un plazo de 60 días de pago. Desde 2005 los plazos de pago se habían reducido; ahora, la crisis los vuelve a dilatar. “En el Sistema Nacional de Salud hay una diferencia entre el presupuesto inicial y el gasto unificado de unos 12.000 millones de euros. Diferencial que hace que se inicie el ejercicio con los pagos al día pero que cuando llega el final no alcance”, expone Fernando Lamata, consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha.



AGRESIONES FÍSICAS Y VERBALES

Sanidad de Murcia y la fiscalía firman un convenio para fortalecer la lucha contra las agresiones a profesionales sanitarios



La consejera de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, María Ángeles Palacios, y el fiscal superior de Comunidad Autónoma, Manuel López Bernal, han firmado un nuevo convenio de colaboración para agilizar la tramitación de denuncias sobre agresiones a profesionales sanitarios que trabajen en el Servicio Murciano de Salud (SMS). Su vigencia será hasta 2013 y será renovable cada dos años y, según la consejera, establece cauces de comunicación y protocolos específicos de actuación en agresiones físicas y verbales a profesionales sanitarios. Para María Ángeles Palacios, supone “un paso importante en la lucha contra las agresiones a profesionales sanitarios, pues contar con el respaldo de la Justicia es esencial para establecer unos límites necesarios en la relación entre médicos y pacientes”.

EMPRESAS

Francisco de Álvaro tomará las riendas de USP Hospitales

USP Hospitales ha anunciado el nombramiento de Francisco de Álvaro como nuevo consejero delegado de la compañía a partir del 12 de abril. Desde esta posición, de Álvaro liderará la mayor red de hospitales privados de España formada por más de 7 mil profesionales y 35 centros repartidos por la geografía española. Francisco de Álvaro se incorpora a USP Hospitales desde su cargo como consejero delegado de MD Anderson Madrid, centro oncológico de referencia en España. En el sector sanitario, de Álvaro trabajó anteriormente en Sanitas durante dos años como director de la División Financiera. Además, a lo largo de su carrera profesional ha ocupado diversas posiciones en la dirección de empresas del sector servicios y consumo como Acciona, Vodafone o Schweppes.



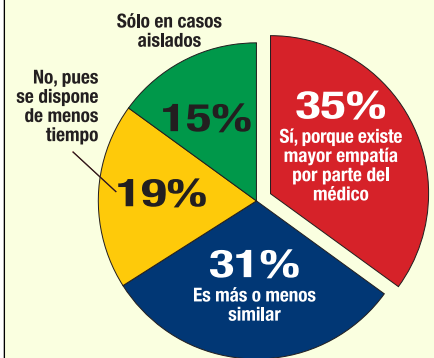
Francisco de Álvaro.

NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

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



La mayor parte de nuestros lectores, un **35** por ciento, cree que actualmente la relación médico-paciente es mejor, mientras que un **19** por ciento asegura que no, pues se dispone de menos tiempo para el paciente. Un **31** por ciento cree que es más o menos similar, mientras que el **15** por ciento restante cree que sólo es mejor en casos aislados.

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

El médico de Atención Primaria es fundamental en el correcto diagnóstico de la enfermedad

Un 20 por ciento de las consultas madrileñas de Atención Primaria son por depresión

MEDICAL ECONOMICS organizó recientemente la jornada La realidad de la depresión: clínica y farmacoeconomía, con la colaboración de Lundbeck. Según los expertos, uno de cada cinco pacientes madrileños que acuden a las consultas de Atención Primaria lo hacen por una depresión. Conseguir un diagnóstico adecuado y disponer de terapias eficaces son, por el momento, las armas más efectivas para el tratamiento de la depresión.

En los centros de salud de la Comunidad de Madrid, un 19,6 por ciento de las consultas de Atención Primaria están relacionadas con la depresión; que es tanto como decir, que uno de cada cinco pacientes que pasan por Primaria acuden por este motivo". Así lo aseguró el coordinador asistencial de la Oficina de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, Carlos Mur de Víu, en el marco de la jornada *La realidad de la depresión: clínica y farmacoeconomía*, organizada por MEDICAL ECONO-

MICS, con la colaboración de Lundbeck.

La jornada fue inaugurada por Manuel García Abad, editor de MEDICAL ECONOMICS, y por Xavier Martí, director general de Lundbeck España, que recordó el compromiso de la compañía en el tratamiento y la investigación de las enfermedades relacionadas con el Sistema Nervioso Central, "destinando un 24 por ciento de su facturación a I+D+i".

Los trastornos mentales son una de las principales causas de morbilidad en el mundo y suponen elevados

costes socioeconómicos de los sistemas de atención de salud y de la sociedad, en general. Angel Sanz Granda, farmacéutico y consultor de farmacoeconomía, explicó que "los costes directos (fármacos) de la depresión suponen menos de la mitad del total de gasto, mientras los indirectos representan casi el 60 por ciento del total. Y añadió: "El precio del medicamento no es esencial en el coste de la depresión; el coste real de la enfermedad depende de si se instaura o no tratamiento farmacológico, de si se instaura el tratamiento adecuado y con una



De izda. a dcha., Xavier Martí, Jerónimo Sáiz y Manuel García Abad antes del comienzo de la jornada.



De izda. a dcha., Ángel Mataix, Carlos Mur de Víu, Álvaro Hidalgo, Ángel Sanz y José Luis Ayuso.



Carlos Mur de Víu con José Ángel Arbesu.

duración adecuada del mismo”. Así mismo, recordó que “una rápida obtención de la mejoría se asocia con una disminución de los costes de incapacidad transitoria (IT).

Por su parte, Ángel Mataix, responsable de Sistemas de Información de la Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que abordó el gasto farmacéutico en la terapia depresiva, aseguró que “los medicamentos más consumidos en España, y los más recomendados por la guías de práctica clínica nacionales e internacionales siguen siendo los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS). Además, los antidepresivos son más consumidos por las mujeres que en algunos tramos de edad, concretamente a partir de los 50 años triplican su consumo frente a los hombres”.

Durante la jornada, –y en concreto en la mesa redonda sobre socioeconomía de la depresión, moderada por Álvaro Hidalgo, de la Universidad de Castilla la Mancha–, se puso de manifiesto la necesaria implicación de todos los agentes del Sistema Nacional de Salud para mejorar el manejo de la depresión. De hecho, la derivación de los casos de depresión a Salud Mental sigue siendo un problema grave, por lo que Carlos Mur de VÍu recordó la importancia del consultor de Salud Mental. “Se trata de una figura clave en los centros de salud para ayudar al médico de Atención Pri-

maria a valorar aquellos casos que se encuentran a caballo entre los dos niveles asistenciales, con el objetivo de separar las patologías menores para erradicar la medicalización de la vida cotidiana”.

En este punto profundizó Elena Ezquiaga, del Servicio de Psiquiatría del madrileño hospital de La Princesa, que aseguró que “en las depresiones leves deben considerarse otras estrategias distintas a las farmacológicas”.

Manejo en Atención Primaria

En el mismo sentido se expresó la doctora Silvia López Chamón, que indicó que “las intervenciones terapéuticas deben ir dirigidas a casos graves: los cuadros menores de depresión no necesitan un abordaje farmacológico, puesto que además los antidepresivos son más eficaces cuanto más severa es la depresión”. Igualmente, destacó que el médico de Atención Primaria puede “establecer una detección precoz de la depresión mediante la entrevista clínica”, pero para ello recalcó que “es necesario más tiempo, recursos y capacidad”.

Según los expertos, conseguir un diagnóstico adecuado y disponer de terapias eficaces son, por el momento, las armas más efectivas para el tratamiento de la depresión. En este sentido, Jerónimo Sáiz, presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, tras explicar la sintomatología propia de la enfermedad (anedonia, disminución de la atención

y la concentración, pérdida de confianza y autoestima, insomnio y trastornos del sueño, pesimismo, recuerdo culpable del pasado, pérdida del apetito y disminución o pérdida de la libido, entre otros), aseguró que tras el diagnóstico “es vital asegurar el cumplimiento del tratamiento porque muchos pacientes lo abandonan, lo que aumenta las posibilidades de recaída, algo muy frecuente en esta enfermedad”.

Por su parte, Cecilio Álamo, catedrático de Farmacología de la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid, recordó que ésta es una enfermedad “difícil de diagnosticar al no existir marcadores biológicos”, y añadió que “hay que tener en cuenta que la terapia farmacológica tiene un período de latencia de 10 a 15 días, donde podemos destacar la aparición de efectos adversos, pero casi nunca de efectos positivos en la evolución de la enfermedad”.

En cuanto a su prevención, el psiquiatra José Luis Ayuso, del madrileño Hospital de La Princesa, explicó que “hoy por hoy, la prevención primaria de la depresión es una labor muy difícil de conseguir”. Pero entre las cosas que podemos hacer destacan sobre todo el apoyo y vigilancia del enfermo sobre todo durante el período de latencia de los fármacos”. Así mismo, recalcó la importancia de trabajar especialmente en la prevención de los intentos suicidas, ya que “el 70 por ciento de las personas que se suicidan han sufrido una depresión”. ■



Honorio Bando, vicepresidente de Idepro, Alfonso Monfort, el doctor Antonio Urbistondo y Gonzalo San Segundo.



De izda. a dcha., Elena Ezquiaga, José Ángel Arbesu, Silvia López y Cecilio Álamo.



Álvaro Hidalgo (izda.) y Enrique González, de Medical Economics.

El coste anual de la IT se eleva a 13.000 millones de euros

Impacto sociosanitario y gestión de la incapacidad temporal

MEDICAL ECONOMICS, con la colaboración de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), organizó recientemente en Santa Cruz de Tenerife la jornada Impacto sociosanitario y gestión de la incapacidad temporal, con la asistencia de especialistas en Atención Primaria, médicos del Trabajo, empresarios y profesionales de la Administración.

Como un “asunto de enorme importancia para los empresarios y la Administración, máxime en estos tiempos de crisis”, calificó la consejera de Sanidad de Canarias, Mercedes Roldós Caballero, la gestión de la incapacidad temporal (IT), que supone un coste anual para el erario público de 13.000 millones de euros, el 1 por ciento del PIB. Y añadió que se requiere “una mejor gestión de la IT”, procesos que en un 57 por ciento duran menos de 15 días. Roldós realizó estas declaraciones en la inauguración de la jornada Impacto sociosanitario y gestión de la incapacidad temporal, que organizada por MEDICAL ECONOMICS con la colaboración de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), se celebró el pasado 11 de marzo en Santa Cruz de Tenerife con la asistencia de especialistas en Atención Primaria, médicos del Trabajo, empresarios y profesionales de la Administración.

La consejera canaria de Sanidad señaló que con frecuencia tras la IT de contingencia común se esconden otros problemas de índole personal y laboral, y que los médicos de AP, debido a la presión asistencial que sufren “no pueden reconocer de forma inmediata”.

Manuel Álvarez de la Rosa, catedrático de Derecho del Trabajo y Seguridad Social de la Universidad tinerfe-

ña de La Laguna, sí reconoció que la IT “es algo muy metido en nuestra vida, algo muy cotidiano”, además de presentar “un cruce directo con la asistencia sanitaria”. Destacó su incidencia en la productividad y advirtió que las mutuas y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) “carecen de capacidad para hacer cotidiano el control de la IT”, especialmente en los trabajadores autónomos.

Causas de la IT

El jefe del Servicio de Medicina del Trabajo de Cepsa en Tenerife, José Martínez García, centró su intervención en las causas de la IT, subrayando que el 80 por ciento de los trabajadores enferman o tienen los accidentes laborales por las mismas causas, mientras que el otro 20 “son fundamentalmente defraudadores”. Dijo, citando un reciente estudio de la Universidad Pompeu Fabra, que Canarias es la comunidad autónoma que mejor gestiona la IT de más de 30 días de duración, después de Navarra.

El manejo de la IT en el ámbito de la Atención Primaria fue abordado por Felipe Chavida García, médico de AP y presidente de Idepro, quien expuso algunos problemas habituales a los que se enfrenta el médico de Familia ante la IT, como inseguridad en el grado de la incapacidad y su duración, la demora de pruebas y la presión por par-

te del paciente. Frente a ello abogó por soluciones de apoyo, tal que una buena técnica de comunicación con el paciente y coordinación con la inspección médica.

Para Miguel Ángel Vargas García, médico del Trabajo y socio-director de Alcosalud XXI, la IT es responsabilidad de todos (médicos de AP, mutuas de trabajo, empresas, sindicatos, administraciones y la propia sociedad), por lo que han de colaborar en su control y gestión. Por su parte, Juan Vicente Díaz González, jefe del Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de Salud (SCS), expuso el estado de los convenios que el SCS tiene firmados con el INSS para el período 2009-2012, resaltando como “lo más novedoso” las actuaciones sanitarias de las mutuas: diagnósticos y tratamientos.

El gerente de la Universidad de Las Palmas y experto en Economía de la Salud, Conrado Domínguez Trujillo, abordó el impacto económico de la IT, señalando que un millón de españoles falta cada día al trabajo, y cifró en el 16 por ciento la tasa de IT en Canarias. Y Henar Heredero Abón, especialista en AP y médico del Trabajo de Japanese Tobacco International, comentó que muchos procesos de salud terminan en IT y pidió un cambio de estilo a los profesionales de AP, pacientes y empresas a la hora de abordar esta problemática. ■



De izda. a dcha., Manuel García Abad, Miguel Ángel Vargas, Gonzalo San Segundo, Sandra Rodríguez, Honorio Bando, Henar Heredero, José Martínez y Felipe Chavida.



De izda. a dcha., Manuel García Abad, la consejera Mercedes Roldós y Sandra Rodríguez, de AMAT.



De izda. a dcha., Miguel Ángel Vargas, Felipe Chavida, Honorio Bando, José Martínez y Manuel Álvarez de la Rosa.



Miguel Ángel Vargas aseguró que la IT es responsabilidad de todos los agentes implicados.



Manuel Álvarez habló sobre la incidencia de la IT en la productividad.



Conrado Domínguez abordó el impacto económico de IT.



Henar Heredero pidió cambios en la actuación de los profesionales.



Juan Vicente Díaz resaltó las actuaciones de las mutuas.



José Martínez explicó las causas de la IT.



De izda. a dcha., Manuel García Abad; Marisa Fuentes, gerente de AP de Tenerife; y Sandra Rodríguez en la clausura.

Gestión de Calidad: Medio Ambiente

Consecuencias del sistema económico



Elisa Herrera Fernández*

» La economía no se entiende como lo que es, un subsistema dentro del sistema ecológico global, sino como un todo que debe regir el resto de aspectos.

» Es necesario tener beneficios, pero hay que buscar el equilibrio entre la actividad económica y la obtención de beneficios y el perjuicio ambiental.

Las relaciones entre el mundo de la economía y el medio ambiente son un hecho indiscutible que inclina por ahora la balanza hacia el lado de lo económico. Efectivamente, sigue existiendo la presunción de que la mejora ambiental se consigue pagando por ella un elevado precio en términos económicos, y finalmente, nadie está dispuesto a asumir ese precio.

Es verdad que está mayoritariamente reconocida la existencia de los problemas ambientales y de los conflictos que de ellos derivan (por ejemplo, el cambio climático), normalmente no se hace suficiente hincapié en la identificación de sus causas, pues en muchas ocasiones no interesa, o no se adoptan las soluciones adecuadas por el mismo motivo. Sin embargo, parece evidente que la crisis ecológica es consecuencia indisoluble —por lo menos hasta el momento— de la dinámica de funcionamiento del sistema económico. Y es que la economía no se entiende como lo que es, un subsistema dentro del sistema ecológico global, sino como un todo que debe regir el resto de aspectos. En este sentido, los recursos naturales (e incluso las personas) no son vistas más que como recursos para incrementar la producción, el consumo y finalmente, los beneficios. Y por supuesto, es necesario tener beneficios, pero hay que buscar el equilibrio entre la actividad económica y la obtención de beneficios y el perjuicio ambiental. Es decir, debemos pensar en términos de desarrollo sostenible.

La economía crece, pero crece más la destrucción del medio ambiente. Suben más las emisiones de gases de efecto invernadero la destrucción del territorio y el consumo energético. Estamos gastando una cantidad de recursos por encima de nuestras posibilidades. Esta tendencia, acrecentada con la crisis, que resulta la excusa perfecta en muchas ocasiones para especular y no invertir para muchos sectores empresariales, hace necesaria una inter-

vención de la Administración pública con una lógica diferente a la del mercado.

Es cierto que la autoridad pública, como autoridad con capacidad de decisión, se encuentra con serias dificultades cuando se enfrenta a situaciones en las que el análisis económico indica que la adopción de determinadas medidas ambientales implica un coste elevado, que en muchas ocasiones las empresas lo superan eliminando puestos de trabajo. Y de forma especial ha de tenerse en cuenta este hecho en la época de crisis que vivimos, ya que la Administración no puede, ni obligar a mantener los puestos de trabajo, ni obligar a reducir beneficios deseados o previstos.

La búsqueda de una relación socialmente más aceptable con el medio ambiente es una necesidad. Hay que pensar en una evolución del planteamiento en la que el medio ambiente, cuyo papel por ahora es el de simple proveedor de recursos económicamente explotables, pase a ser un medio ambiente en el que prime la conservación del mismo, como patrimonio natural común. Esto tiene unas consecuencias económicas indudables, que aún son percibidas como costes inasumibles, aunque bien es verdad que muchas veces ese coste no es tal, y o no existe o es bajo, aunque evidentemente las empresas, tanto públicas como privadas, no están de acuerdo en hacer cambios, aunque estos supongan bajo coste y un beneficio ambiental. De ahí la importancia de disponer de una buena legislación vigente, que plantee obligaciones y derechos, analizando los costes y beneficios sociales asociados a la preservación del medio natural. Lo cierto es que resulta un asunto complicado, pues con la crisis, las proposiciones de incremento de costes son vistas con desconfianza, y nadie está dispuesto a pensar a largo plazo, que es lo que requiere asumir una perspectiva de protección ambiental, sino que prevalece la visión a corto plazo. Esperemos que el medio ambiente no siga siendo el gran perjudicado y seamos capaces de contemporizar adecuadamente nuestros recursos. ■

*Experta en Derecho Ambiental.

Para contactar: elisa.herrera@orange.es

Normativa

Respuestas a sus preguntas sobre...

Responsabilidad profesional hereditaria

¿Se hereda la responsabilidad profesional del médico en general y, en concreto, en lo que respecta a la historia clínica?

Establece el artículo 659 del Código Civil que la herencia comprende todos los bienes, derechos y obligaciones de una persona que no se extingan por su muerte. Y, en general, no se extinguen por la muerte los derechos y obligaciones patrimoniales, y a ello añade que los herederos suceden al difunto por el solo hecho de su muerte en todos sus derechos y obligaciones. Del referido artículo se evidencia que la posible responsabilidad profesional del médico, aunque en el momento de su fallecimiento no estuviera declarada, ni siquiera se sospechara su posible existencia, forma parte de la herencia del referido profesional sanitario y de ella deben responder sus herederos solidariamente y entre cada uno. A ello debe añadirse, que la responsabilidad profesional derivada de contrato, en el sector privado tiene un plazo de prescripción de 15 años; plazo que además se cuenta desde que la acción pudo ejercitarse, lo que ha sido interpretado por la jurisprudencia para los casos de responsabilidad por daños y perjuicios derivados del ejercicio de actos médicos, como el día en el que se conoce el alcance exacto de las lesiones, que por supuesto puede no coincidir con el diagnóstico inicial de las secuelas. Igualmente la Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, establece que la obligación de conservar la documentación clínica será como mínimo de cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. Las comunidades autónomas pueden regular plazos superiores de conservación, así Cataluña establece un período de conservación de 20 años desde el fallecimiento

del paciente y en algunas comunidades se dispone un período mínimo de conservación de cinco años estableciendo una serie de documentos que se deberán conservar indefinidamente. Son las situaciones anteriormente descritas las que nos deben servir para tomar medidas de futuro sobre la base de que la prueba que constituye la historia clínica en el marco de los procesos de responsabilidad profesional sanitaria, ya que en este tipo de procesos son decisivas las pruebas pericial y documental y, dentro de esta última, la historia clínica en la que se incluye el consentimiento informado, así como toda la documentación existente en orden a la salud del paciente.

Publicidad en las clínicas privadas

¿Qué hay que tener en cuenta antes de enviar publicidad de servicios a pacientes por parte de una clínica privada?

En caso de que se prevea la posibilidad de enviar información sobre la clínica, el paciente, tendrá que autorizarlo expresamente. En el caso de que la publicidad se vaya a realizar por correo electrónico, habrá que atender la regulación de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, para el envío de comunicaciones comerciales por vía electrónica, que establece que sólo se podrán enviar comunicaciones publicitarias por este medio cuando el destinatario lo hubiera aceptado o siempre que exista una relación contractual previa entre las partes. En todo caso, manifiesta la citada norma que todos los correos electrónicos que se envíen con esta finalidad, deberán incluir al comienzo del mensaje la palabra "publicidad" o la abreviatura "publi", y poner a disposición del remitente un medio sencillo y gratuito para revocar el consentimiento dado en su momento o para oponerse al tratamiento de sus datos con fines publicitarios. ■



Ofelia de Lorenzo Aparici*

» Todos los correos electrónicos deberán incluir al comienzo del mensaje la palabra "publicidad" o la abreviatura "publi", y poner a disposición del remitente un medio sencillo y gratuito para revocar el consentimiento.

» La Ley establece que la obligación de conservar la documentación clínica será como mínimo de cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

*Socio del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa.
Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es

Gestión en Atención Primaria

Atención primaria y liderazgo



Gloria Jodar i Solà*

» El liderazgo se define como un proceso multidimensional, implica influencia, se produce dentro de un grupo y contexto y persigue conseguir unos objetivos que reflejan una visión común.

» Estudios recientes sugieren que un liderazgo efectivo en Atención Primaria se traduciría en resultados positivos para el conjunto del sistema de salud, pero sobre todo para los pacientes.

El concepto de liderazgo ha sido estudiado y abordado desde diferentes disciplinas: (psicología, sociología, ciencias políticas, historia, medicina, enfermería) y dimensiones (gestión, sistemas sanitarios y educativos: Cummings 2008, Sauquet 2008). Además se trata de un concepto dinámico por lo que se ve influenciado por la época histórica (Sauquet 2008). Por ello, el liderazgo ha sido conceptualizado de diferentes maneras en la literatura. Sin embargo, existen ciertos elementos esenciales y comunes en su definición. El liderazgo se define como un proceso multidimensional, implica influencia, se produce dentro de un grupo y contexto y persigue conseguir unos objetivos que reflejan una visión común (Cummings, 2008; Davidson, 2006; Barret, 2005).

Factores relacionados con el estilo del liderazgo

El estilo de liderazgo está indudablemente influenciado por la misión y el contexto en el que se desarrolla, además de por las creencias y valores de las personas, la organización y la sociedad (Davinson, 2006). En general, los factores relacionados con el estilo de liderazgo se dividen entre los asociados con el individuo o líder y los asociados con el contexto, en el que se desarrolla (Cummings, 2008). Por ejemplo, el liderazgo se puede atribuir simplemente a las características innatas de una persona o a su posición jerárquica, o, por el contrario, concebirse como una función distribuida entre todos los miembros

de un grupo (Barret, 2005). No obstante, el liderazgo efectivo se situaría en el punto medio entre estos dos conceptos opuestos (Davison, 2006).

En los sistemas de salud, el liderazgo de la Atención Primaria y la autonomía de sus profesionales debería estar implícito, presente, visible, contemplado en todos los aspectos relacionados con las demandas sociales y de salud, la gestión de las organizaciones sanitarias y las de investigación (Bondas, 2006). Aunque no existe un consenso claro, ni se ha estudiado suficientemente sobre cuáles son las competencias necesarias para desarrollar un liderazgo efectivo en Atención Primaria, entre las esenciales destacan: ser competente, confiar en sí mismo, ser valiente y creativo, ser colaborador, empático y disfrutar de los éxitos (Mahoney, 2001). Según Draft (2001), las tareas esenciales de un líder son: dotar al grupo de dirección, imbuirlo de motivación y compromiso, y capacitarlo para afrontar el cambio.

Estudios recientes sugieren que un liderazgo efectivo en Atención Primaria se traduciría en resultados positivos para el conjunto del sistema de salud, pero sobre todo para los pacientes. Además se ha observado que el liderazgo enfermero es crucial para favorecer el impulso, la aceptación y la utilización de la innovación en las organizaciones (Gifford, 2007; West, 2003; Elenkov, 2005).

A pesar de la relevancia del liderazgo, existen diversos factores tanto sociales como políticos y económicos que lo ponen en peligro o lo anulan (Davinson, 2006) al



igual que lo pone en peligro la confusión existente entre la autoridad del cargo y el liderazgo efectivo, actualmente muchas organizaciones sanitarias han distribuido la gestión y los puestos de autoridad sin contar con a penas efectivos de AP. El liderazgo eficaz en AP deberá centrarse en las necesidades de los pacientes y comunidades, y no tanto en dar respuesta al sistema jerárquico administrativo.

Recientes conceptualizaciones de liderazgo han resaltado el foco del líder-seguidor paralelamente a las actividades organizativas y los procesos interpersonales que tienen influencia en el logro de objetivos mientras que la teoría de la gestión identifica el liderazgo como parte integrante de la función administrativa.

Estrategias para promover el liderazgo

Son diversos los factores y estrategias que pueden contribuir a impulsar y promover el liderazgo en Atención Primaria:

- El importante papel que juegan las sociedades profesionales, propiciando un entorno de asociación.
- Provisión de liderazgo, tutoría y promoción de la excelencia clínica.
- Tutoría y supervisión clínica del programa.
- Los programas de doctorado.
- La carrera profesional.
- La colaboración interprofesional (colaboración entre diferentes disciplinas y especialidades).
- El desarrollo de habilidades tanto en el dominio afectivo como en el de la inves-

tigación y conocimiento (por ejemplo, habilidades de negociación en la resolución de conflictos).

La autonomía es un elemento clave para conseguir liderazgos que promuevan cuidados de calidad a partir de la integración efectiva y manejo adecuado de la EBP y de la mejora de resultados en el paciente (Kramer y Schmalenberg, 2004).

“La investigación sobre liderazgo no se ha realizado de una manera sistemática. Estudiar el liderazgo no es fácil, ya que es complicado delimitar y definir el objeto de estudio”

Métodos de evaluación e investigación

La investigación sobre liderazgo no se ha realizado de una manera sistemática. Estudiar el liderazgo no es fácil, ya que es complicado delimitar y definir el objeto de estudio.

Se percibe si hay o no hay liderazgo pero no sabemos como abordarlo (Sauquet, 2008). Se trata de un fenómeno poco investigado y gran parte de la literatura existente se basa en modelos de la empresa privada (Davidson, 2006). Durante décadas el liderazgo ha sido un concepto intrigante y difícil de estudiar (Gifford, 2007).

Esto representa un amplio campo de investigación, que comprende desde estudios observacionales (entrevistas y encuestas) basados en la asunción de que el liderazgo puede ser observado o descubierto mediante preguntas a los profesionales acerca de las conductas de sus líderes hasta estudios cualitativos (entrevistas en profundidad, grupos de discusión). Aunque con ciertas limitaciones, estos métodos de investigación siguen siendo una importante contribución para ayudar a comprender el liderazgo en la actualidad (Gifford, 2007). ■

Sección patrocinada por:



Almirall

Soluciones pensando en ti

Economía de la Salud

en el Área de Dolor (III)

Medidas específicas para la cuantificación



Lilisbeth Perestelo-Pérez*

La mayor prevalencia de enfermedades crónicas y la mayor promoción de la atención centrada en el paciente, ha llevado a un creciente énfasis en el desarrollo y uso de medidas válidas y fiables que sean más sensibles y estén más orientadas a la percepción que tiene el individuo sobre su salud y bienestar, permitiendo que el clínico tenga un mejor conocimiento del estado de salud de su paciente, pueda hacer un seguimiento fiable de la evolución del mismo y pueda determinar en cada momento el objetivo terapéutico prioritario y, en consecuencia, escoger la estrategia de tratamiento más adecuada, así como adquirir un mejor conocimiento de la intensidad de la afectación y el impacto que ésta y los tratamientos tienen sobre la salud de sus pacientes.

En la actualidad, la medición de los resultados en salud percibidos por el paciente son de uso común en muchas áreas de la investigación clínica, así como en la propia práctica clínica. Los resultados de numerosos estudios que pretenden determinar de forma fiable el grado de afectación de un paciente o su evolución en el tiempo, han demostrado que estos pueden ser instrumentos de medida útiles para evaluar la propia eficacia y efectividad de los tratamientos. Las medidas de salud autopercebidas han sido definidas, en general, como la evaluación subjetiva que hace el paciente de los elementos que están relacionados con su salud. Esto incluye el funcionamiento de los síntomas, el bienestar, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), las percepciones sobre su tratamiento, la satisfacción con la atención asistencial recibida, y la satisfacción con el nivel de comunicación que establece con el profesional que le atiende. De esta manera, el individuo hace una valoración subjetiva y conjunta de su enfermedad, del tratamiento recibido y de la interacción que establece

con el propio sistema sanitario, teniendo en cuenta sus propias experiencias, creencias, expectativas y percepciones, en relación con su condición de salud, impacto y consecuencias funcionales. Estas medidas pueden variar desde las medidas relativamente sencillas, como por ejemplo, la intensidad del dolor, hasta medidas mucho más complejas, como la evaluación de la CVRS. La CVRS es un constructo multidimensional que abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales relacionados con la salud del individuo, en el que, por ejemplo, el dolor que se asocia a una enfermedad y las limitaciones que éste genera en el funcionamiento, pueden llevar a una situación de dependencia, en la que el individuo puede requerir ayuda para llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, reduciéndose de este modo su CVRS.

En este sentido, es necesario tener en cuenta y definir muy bien qué es lo que se pretende medir con el instrumento de salud autopercebida que se va a desarrollar o seleccionar para posteriormente utilizar en la evaluación. Este matiz es importante, porque como se mencionó anteriormente, es posible evaluar un constructo complejo, como la CVRS, o un constructo más específico como el dolor. La evaluación de la CVRS o el nivel de satisfacción con la atención sanitaria recibida, podrían requerir una elaboración más compleja del instrumento de medida con un mayor número de preguntas, distribuidas en diferentes dimensiones, que posteriormente tendrán que ser evaluadas en cuanto a fiabilidad, validez, y posiblemente también, en cuanto a la sensibilidad al cambio (propiedades psicométricas).

Por otra parte y aunque aparentemente la medición del dolor pueda parecer un concepto menos complejo, no siempre es así. Las escalas para medir el dolor también pue-

» Las medidas de salud autopercebidas han sido definidas, en general, como la evaluación subjetiva que hace el paciente de los elementos que están relacionados con su salud.

» Una vez que el concepto a medir se ha definido previamente, es necesario especificar cuál será la población diana a evaluar, el lugar y el tipo de evaluación que se llevará a cabo.

den variar en complejidad dependiendo de si el objetivo es simplemente medir su intensidad o si lo que se pretende medir es un concepto más amplio que abarca no sólo la intensidad del dolor, sino también su impacto en las actividades diarias y el bienestar del individuo. Asimismo, y una vez que el concepto a medir se ha definido previamente, es necesario especificar cuál será la población diana a evaluar, el lugar y el tipo de evaluación que se llevará a cabo.

En este sentido, las características del instrumento pueden variar considerablemente tanto en su contenido como en formato en función de si son, por ejemplo, medidas que están destinadas para su uso en adultos o en niños. El lugar y el tipo de estudio que se llevará a cabo también podrían condicionar el contenido y el formato del instrumento de medida a elegir. Por ejemplo, en un contexto clínico, se podría requerir de un instrumento relativamente breve, fácil de responder e interpretar, para que su uso realmente sea práctico y factible en este contexto, siendo necesario sacrificar algún grado de fiabilidad y precisión por la brevedad del instrumento. También será diferente si el instrumento de medida se utiliza dentro de un marco de estudio transversal o longitudinal, en el que será posible detectar los cambios en el estado de salud en un momento determinado o evaluar el impacto de una intervención sobre la salud del individuo a lo largo del tiempo.

Aparte de estas cuestiones, también se tendrán que considerar algunos aspectos prácticos tales como el tipo de opciones de res-

puesta y el tiempo en el que se orienten las preguntas (el estado de salud del individuo en el presente, o la semana pasada, o el mes pasado, etc.), que dependerá de nuevo de la naturaleza de la población diana a evaluar y de los objetivos del estudio en particular.

Finalmente, es importante destacar que al desarrollar o elegir un instrumento de medida de salud percibida por el paciente, es fundamental considerar y evaluar sus propiedades psicométricas (validez, fiabilidad, sensibilidad al cambio), así como la variabilidad de las escalas, la distribución de los puntajes, el efecto techo y suelo, entre otros. En este sentido, la medición específica de los resultados en salud percibidos por el individuo con dolor son una medida complementaria a la valoración clínica tradicional, que nos proporcionan un resultado de salud centrado en el paciente y no en la enfermedad, en cómo se siente el individuo, independiente de los datos clínicos. En la actualidad se dispone de diversas escalas de medida específicas que permiten evaluar la intensidad y el impacto del dolor sobre la CVRS del individuo en nuestro contexto español: el cuestionario de dolor de McGill (Mcguill Pain Questionnaire-MPQ), el cuestionario breve del dolor (Brief Pain Inventory-BPI), la escala de afrontamiento ante el dolor crónico (Coping Scale Questionnaire-CSQ), la escala de clasificación del dolor de espalda (Back Pain Classification Scale-BPCS), y la escala de discapacidad lumbar Oswestry (Oswestry Disability Index-ODI), y la escala visual analógica (Visual Analogic Scale-VAS), entre otras. ■

Sección patrocinada por:



**Grünenthal
Pharma, S.A.**

Para saber más:

Bryant D, Schünemann H, Broek J, Jaeschke R, Guyatt G. *Patient reported outcomes: general principles of development and interpretability.* *Polsky Archywum Med Wew* 2007; 117: 1-7.

Gatchel RJ, Theodore BR. *Evidence-based outcomes in pain research and clinical practice.* *Pain Pract.* 2008; 8(6): 452-60.

Guyatt GH, Naylor D, Juniper E, et al. *Users' guides to medical literature. XII. How to use articles about health related quality of life.* *JAMA* 1997; 277:1232-7.

Younger J, McCue R, Mackey S. *Pain outcomes: a brief review of instruments and techniques.* *Curr Pain Headache Rep.* 2009; 13(1): 39-43.

El impacto socioeconómico de la dependencia

Una ley de servicios convertida en ley de subsidios

La Ley de Dependencia sufre diversos males: falta de financiación, cobertura insuficiente, evaluación dispar, prestaciones cuestionadas y una insuficiente participación de la Atención Primaria y de la iniciativa privada. Lo que nació como una ley de servicios sociosanitarios se ha convertido en una ley de subsidios.

Mesa redonda coordinada por **Gonzalo San Segundo**
Director asociado



La Ley de Dependencia cumplió el pasado mes de enero tres años desde su entrada en vigor. Su desarrollo es dispar e incompleto en cuanto a su financiación, cobertura, evaluación y prestaciones. Estudios recientes señalan que en el año 2015 cerca de 3,3 millones de españoles se hallarán en situación de dependencia o pre-dependencia, un 18 por ciento más que hace cinco años. También se cuestiona su universalidad, debido a la falta de criterios comunes para su valoración, emisión de dictámenes y asignación de prestaciones entre las comunidades autónomas.

Lo que se ha dado en llamar “el cuarto pilar del Estado del Bienestar”, parece que se tambalea. Los cálculos realizados acerca de la población afectada en los próximos años se han quedado cortos, en tiempos de crisis es evidente la falta de recursos, los actuales sistemas de evaluación se prestan a la picaresca y desde las administraciones públicas se ponen zancadillas a la iniciativa privada. El panorama no es muy halagüeño, que digamos.

Para abordar el fenómeno de la dependencia, incluida la vertiente que ofrece como oportunidad de negocio para el sector sanitario privado, MEDICAL ECONOMICS convocó a reconocidos expertos en torno a una mesa redonda, quienes moderados por José María Martínez y Gonzalo San Segundo, directores asociados de la revista, ofrecieron su análisis y puntos de vista, coincidentes a veces, discrepantes otras.

Intervinieron Pablo Cobo Gálvez, subdirector general de Planificación, Ordenación y Evaluación del Imerso, Antonio Jiménez Lara, sociólogo; Victoriano Prim González, vicepresidente de la Federación de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) y presidente de Prim, S. A.; Pilar Regato Pajares, médico de Familia y miembro del Grupo de Atención a las Personas Mayores de la Semfy; José Ramón Rodríguez Aizcorbe, vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos de Residencias (Semer), y Albert Vergés Millet, médico y director general del Instituto Edad&Vida.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Es adecuado el modelo español de protección a la dependencia? ¿Cuáles son sus virtudes y defectos?*

PABLO COBO: Es un modelo adecuado para las características de nuestro país. A lo mejor hubiera sido una buena fórmula el haber escogido el modelo de Seguridad Social. Pero la dependencia se mueve en el terreno de los servicios sociales y es una gestión descentralizada en el ámbito de las comunidades autónomas, lo cual hace que el modelo de Seguridad Social hubiera tenido algunos problemas relacionados con la gestión. Yo creo que ese puede haber sido uno de los motivos por los que se optó por una financiación vía impuestos. No obstante, en lo que significa el modelo, la ley declara un derecho subjetivo a la prestación de dependencia, por tanto entra dentro de lo que es la configuración de un derecho pleno y, a su vez, establece la universalidad del derecho para todos los ciudadanos que sean valorados como dependientes. Y al mismo tiempo establece un catálogo de servicios y unas prestaciones económicas en sustitución de esos servicios cuando no los haya. Por lo tanto, conceptualmente y en el marco regulador, yo diría que responde a las expectativas.

ANTONIO JIMÉNEZ: Lo que habría que plantearse es hasta qué punto se ha logrado el



“ El modelo de dependencia que tenemos crea inquietudes respecto a una cierta desigualdad de tratamiento a los ciudadanos”

– Antonio Jiménez Lara

ajuste adecuado de ese modelo, que es global y con la gestión transferida a las comunidades autónomas. Por una parte, la diversidad es enriquecedora, pues se están explorando vías que pueden ser muy interesantes pero, por otra parte, crea inquietudes respecto a una cierta desigualdad de tratamiento a los ciudadanos en aspectos muy concretos de la gestión. Si uno revisa el balance entre los diferentes tipos de prestaciones y servicios que se están reconociendo al amparo de la ley para las personas con dependencia, se encuentran unas diferencias enormes.

La ley tiene una opción clarísima en favor de los servicios profesionalizados de atención a las personas con dependencia, pero deja un margen de elección a los dependientes y a sus familias en cuanto a la elección del tipo de recurso, servicio o prestación a elegir. Y configura las prestaciones económicas fundamentalmente como

una vía excepcional y supletoria de los servicios. Sin embargo, cuando uno analiza los datos se da cuenta que más del 50 por ciento de las personas que se están beneficiando de la Ley de Dependencia lo que está recibiendo es la prestación por cuidados familiares.

PILAR REGATO: Aspectos positivos de la ley son el reconocimiento del derecho subjetivo y la universalización. Pero, así como en otros países se ha hecho la Ley de Dependencia en coordinación con el sistema sanitario, lo que echo de menos es que esta ley no naciera con un planteamiento de coordinación o de realización con el Ministerio de Sanidad, puesto que la dependencia claramente es un problema de salud. Es imposible separar la atención sanitaria de lo social en la atención a la dependencia. Otra cosa muy importante es que debería haber habido una declaración más explícita de que el modelo de atención sea comunitario. Nosotros, en Atención Primaria, vemos día a día que la mayoría de los dependientes no quieren irse a las residencias, es de-

luego se evalúa por equipos de evaluación que no sabemos muy bien cómo están compuestos. Una vez evaluado un paciente, por lo menos desde servicios sociales me deberían decir si tiene una dependencia severa, moderada, etcétera. Es decir, yo soy capaz de decir, porque sigo a ese paciente diariamente, qué autonomía tiene, cómo está funcionalmente, qué capacidad de autocuidados tiene, cómo es su red familiar, quién le está cuidando, qué necesita y, sin embargo, ahí nos hemos quedado totalmente al margen.

VICTORIANO PRIM: Es una ley necesaria. Hoy día la calidad de vida o la forma de vida de las familias ha cambiado radicalmente, con los dos cónyuges trabajando y viviendo en espacios reducidos. Eso ha hecho que la deriva del sector vaya hacia las residencias. Las generaciones jóvenes piensan de otra manera. En ese sentido, se da un avance grande, pero aquí el Ministerio de Sanidad, el Imsero y todos los agentes sociales tienen que hacer un gran esfuerzo, porque lo que no podemos es tener una diversidad de normativas, cada comunidad autónoma con la suya, cada centro con sus cosas. Y esto preocupa al ámbito empresarial. En estos tres años que lleva la ley lanzada, poca aportación se ha hecho, con lo cual, claro, nadie funciona. Y además, ha contribuido también a que ciertas comunidades que ya habían iniciado sus programas y que habían avanzado para ir solucionando este problema se retraigan, esperen a ver qué pasa y no estén haciendo nada, que sigan con lo establecido pero nada más.



“La dependencia es un problema de salud y la ley no cuenta con el sistema sanitario. Nosotros participamos con un informe de salud que no tiene mucho peso”

– Pilar Regato Pajares

cir, la residencia se vive como un fracaso o como cuando ya no hay más remedio.

No entendemos muy bien que se haya dejado al margen al sistema sanitario. Nosotros participamos con un informe de salud, pero te da la sensación de que da igual el informe de salud que hagas, porque no tiene mucho peso, y

JOSÉ RAMÓN RODRÍGUEZ: El modelo es el que es y el problema nos viene un poco grande. Nunca nos habíamos planteado una situación como la que tenemos. Nunca ha habido tanto viejo ni tanto dependiente en la humanidad. Es una situación realmente única. Pero los dependientes están ahí y algo hay



Pablo Cobo Gálvez
SUBDIRECTOR GENERAL DEL IMSERSO

“Se precisa una red de ayuda a domicilio para atender a las personas de forma profesionalizada centrada en las residencias”.



Antonio Jiménez Lara
SOCIÓLOGO

“Visualizar la dependencia únicamente como gasto y no como inversión social sería un error importante”.



Victoriano Prim González
VICEPRESIDENTE DE FENIN

“Las oportunidades de negocio están en los servicios de asistencia a domicilio y en la telemedicina y teleasistencia”.

que hacer con ellos. Las residencias nos hemos convertido en el punto limpio de la cadena sanitaria. ¿Por qué? Porque el dependiente es una sobrecarga familiar, sanitaria y económica. Cuando los sistemas se agotan, el anciano viene a nosotros. Y la ley cuenta con todo el mundo menos con nosotros. Nosotros somos médicos de Primaria y médicos sociosanitarios, somos los que vemos y atendemos a los ancianos y, además, a los ancianos más dependientes. Llevo en este negocio 20 años y las residencias han pasado de ser el hospicio a ser un mal necesario, a ser algo que está ahí, que nadie lo controla, que tiene una patronal que es muy transigente, que tiene unos profesionales que, bueno, de segunda fila. Pero estamos ahí.

ALBERT VERGÉS: Creo que nadie discute la necesidad y conveniencia de la ley, pero vamos a las realidades. Esta ley no se cumple por diversos problemas. No da cohesión territorial, cada comunidad autónoma hace lo que le viene en gana o poco más. No todos los españoles tienen los mismos derechos en la Ley de Dependencia. Y eso para nosotros es muy grave. Esta ley es una ley de servicios y la hemos convertido en una ley de subsidios. Incluso hay gente que lo ha dicho más fuerte: es un PER como una casa. La cuestión es que tenemos un 51,2 por ciento de personas mayores dependientes que reciben prestaciones económicas, cuando la ley dice que es exclusivo. Entiendo que lo que hace la ley es garantizar la calidad asistencial a una persona dependiente, y si se puede hacer en el ámbito familiar, fantástico. Pero es que con grandes dependientes y con los de más complejidad profesional resulta que es donde estamos dando mayores prestaciones de carácter económico. Y con esto de la crisis, hay comunidades autónomas, como Andalucía, donde las gentes están sacando a los ancianos de las residencias para cobrar los 500 euros de la paga. Esto es gravísimo.



“Esta ley no da cohesión territorial, cada comunidad autónoma hace lo que le viene en gana y no todos los españoles tienen los mismos derechos”

– Albert Vergés Millet

Tenemos una buena ley, pero la aplicación, la implantación está dando problemas. No hay coordinación sociosanitaria, no hay modelo sociosanitario aplicado, las comunidades deciden lo que quieren, tenemos un tema de baremo muy complicado que está dando desviaciones y picarescas.

MEDICAL ECONOMICS: *Se ha hablado de coordinación sociosanitaria y de la necesidad de contar con el sistema sanitario. También de la financiación...*

PABLO COBO: Comparto la reflexión de que hay que contar con el sistema sanitario, y éste es uno de los objetivos que se ha planteado la nueva ministra, Trinidad Jiménez, como consecuencia de la incorporación de la política social dentro del Ministerio de Sanidad. Tanto es así que ha anunciado que habrá un consejo conjunto del Consejo Interterritorial de Salud y del Consejo Territorial de la Dependencia. Y esa coordinación sociosanitaria irá en varias vías. Por una parte, en todo lo que se refiere a planes de prevención, que prevé la ley en el artículo 21; todo lo que se refiere a la atención de los menores de 0 a 3 años, que también exige un plan coordinado en el que está trabajando el Consejo Territorial. Y una tercera vía es todo lo que se refiere a la provisión de servicios. Los servicios sanitarios que tienen las re-



Pilar Regato Pajares
MÉDICO DE FAMILIA

“Es preocupante que la ley vaya más hacia las prestaciones económicas que hacia el desarrollo de los servicios sociales”.



José Ramón Rodríguez Aizcorbe
VICEPRESIDENTE DE SEMER

“La Administración ha convertido a las residencias en entes aislados, se nos ha tenido como antes de atención de segunda”.



Albert Vergés Millet
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO EDAD&VIDA

“Por cada euro que se gasta en dependencia se recupera el 0,55 por ciento. El negocio está en los productos sanitarios y seguros”.



“ Habrá coordinación sociosanitaria en todo lo que se refiere a planes de prevención, atención a los menores de 0 a 3 años, a la provisión de servicios y a la valoración”

– Pablo Cobo Gálvez

sidencias lógicamente tienen que estar coordinados dentro del sistema de salud, no pueden ser entes independientes al margen del sistema de salud y financiados por el sistema de salud.

Lo que quiero decir es que tiene que haber coordinación sociosanitaria en materia de valoración. El profesional que tiene que valorar es el terapeuta ocupacional, la enfermera, el médico... , porque no soy experto en la materia. Lo único que digo es que sí que tiene que estar cualificado.

PILAR REGATO: El tema de la coordinación sociosanitaria me parece básico, y para ello es muy importante que haya un mayor desarrollo y profesionalización de los servicios sociales. Es preocupante que la ley vaya más hacia las prestaciones económicas que hacia el desarrollo y profesionalización de los servicios sociales, porque la suficiencia de servicios y la profesionalización de los servicios será lo que posibilite que nos coordinemos mejor. La evaluación de la funcionalidad la hacemos diariamente en las residencias y en Atención Primaria los médicos de familia, las enfermeras, los trabajadores sociales. Es un tema de burocratización que no se acaba de resolver, y donde hay un desperdicio de recursos impresionante

MEDICAL ECONOMICS: *Las comunidades autónomas deben poner otro tanto de lo que financia el Gobierno. ¿Lo han puesto? ¿Hay control de ello? ¿Qué comunidades van retrasadas en este aspecto?*

PABLO COBO: Se ha dicho que no ha habido financiación. Doy un dato: en estos tres años, la aportación que ha hecho el Estado ha sido de 5.742 millones de euros nuevos.

ANTONIO JIMÉNEZ: Están a la cola en este momento Madrid, Canarias y la Co-

munidad Valenciana en cuanto a proporción global del número de personas dependientes respecto a la población. Es verdad que esto hay que matizarlo porque, por ejemplo, Canarias tiene una estructura de población bastante más joven que otras comunidades, por lo que tampoco cabe esperar que allí la tasa de dependencia sea exactamente igual. Y están a la cabeza, al menos en gestión global del sistema, Andalucía, el País Vasco y La Rioja; y también con unos valores relativamente altos, Castilla-La Mancha, Cantabria, Aragón y Extremadura.

ALBERT VERGÉS: Coincido con Pablo en que el esfuerzo económico del Estado es muy importante. En los Presupuestos Generales del Estado para este año hay una única partida que ha subido un 35 por ciento, que es la de dependencia. Pero tenemos un problema de eficacia y de eficiencia brutal. Y no sólo es un problema autonómico. Ésta no es una ley de servicios sociales, es una ley de salud no sanitaria, donde hay un componente sanitario y un componente social.

JOSÉ RAMÓN RODRÍGUEZ: Pilar valora todos los días a sus enfermos, yo valoro todos los días a mis enfermos, tenemos equipos perfectamente estructurados para valorar todo a diario. ¿Por qué tiene que haber una duplicación de valoración? Lo que tendrá que haber es un señor que coja todas nuestras valoraciones y simplemente sume en función de un barómetro riguroso.

PABLO COBO: Es un tema organizativo de las comunidades autónomas. ¿Que podían haber utilizado servicios ya existentes? Pues podrían, pero ésta es una función organizativa. ¿Cómo va a entrar el Estado en cómo se organiza una comunidad autónoma a la hora de organizar el sistema de valoración o el sistema de progresión de un servicio?

JOSÉ RAMÓN RODRÍGUEZ: La Comunidad de Madrid utiliza tres varas de medir: una para sus centros, otra para los centros privados y otra para los centros concertados. Y, además, los criterios que impone a los centros privados o concertados no los aplica en sus centros. A nosotros nos impone unas ratios de personal que luego ellos no cumplen. Y la amenaza es clara: o cumples o no te pago lo que te debo y luego, por supuesto, en el siguiente concurso te quedas fuera.

➔ (viene de pág. 22)

MEDICAL ECONOMICS: *¿Se gastan eficientemente los recursos públicos con los que se financia la dependencia?*

ANTONIO JIMÉNEZ: La financiación de la dependencia no se está echando en un saco roto. Ese gasto está teniendo unos efectos muy positivos en la economía. Visualizar la dependencia únicamente como gasto y no como inversión social sería un error importante.

ALBERT VERGÉS: Estoy absolutamente de acuerdo, pero en el tema de eficiencia tenemos un problema muy importante. Mientras no se pongan de acuerdo Sanidad y servicios sociales en algunos temas (como en paliativos), pues resulta que tenemos un 20 por ciento de crónicos agudos en hospitales que nos cuestan más de 550 euros persona/día, cuando bajo el modelo sociosanitario con 100-150 euros podríamos cubrirlo. Por lo tanto, no todo es un problema de dinero, es un problema de eficiencia y nadie pone el cascabel al gato.

PABLO COBO: La eficiencia de los recursos es un tema muy importante. ¿Cómo hacemos más eficientes los servicios institucionalizados, como son las residencias, de cara a la prestación de servicios en el domicilio? Se necesita una red de ayuda a domicilio para atender a las personas de forma profesionalizada y la residencia tiene que ser el núcleo de donde parta toda una red de atención dentro de un ámbito determinado. Con lo cual se potenciarían recursos de infraestructuras como lavanderías, cocinas, servicios de cuidadores, es decir, toda una red que se pone a disposición del entorno y con un margen determinado. Optimizas todos esos recursos y, además, das una atención muy coordinada. Y cuando una persona deja de poder ser atendida en su domicilio puede pasar a la residencia. Y también me ha parecido muy interesante la colaboración que desde las residencias se puede prestar en el ámbito familiar cuando se recibe una prestación de cuidados. Es una forma de optimizar las residencias y que no sean entes aislados del entorno.

JOSÉ RAMÓN RODRÍGUEZ: A las residencias se nos ha convertido en entes aislados desde la Administración. Se nos ha tenido como sitios de atención de segunda. Y eso se ha potenciado desde la Administración, desde hospitales, desde Primaria, desde prácticamente todos los sectores. Y con el paso del

tiempo, cuando se ha ido descubriendo que somos más útiles y que podemos ahorrar más dinero, entonces se nos ha empezado a hacer un poco de caso.

VICTORIANO PRIM: Estoy totalmente de acuerdo en que hay que tener una política de rentabilidad de la inversión que se está haciendo. Que tengas una buena atención está claro, y es claro que los que mejor pueden hacer esa labor es el personal que trabaja en residencias: los médicos, los servicios sociales... Lo único que



“ Lo que no podemos tener es una diversidad de normativas, cada comunidad autónoma con la suya. Y esto preocupa al ámbito empresarial”

– Victoriano Prim González

tienen que hacer las administraciones, no digo ya el ministerio, es fijar los controles necesarios para profesionalizar más este sector.

PABLO COBO: El Consejo Territorial ha aprobado ya unos quince acuerdos relacionados con criterios comunes para la aplicación de la ley, y se están aplicando algunos de ellos, por supuesto, a través de normas que tienen que hacer cada una de las comunidades autónomas. La ley establece unos mecanismos para hacer posible la coordinación entre el Estado y las comunidades autónomas. Y es en el Consejo donde se establecen criterios comunes en materia de acreditación de centros.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Está el sistema sanitario en su conjunto formado para atender a la dependencia o necesita una formación más especializada o específica?*

PILAR REGATO: En general, en Atención Primaria habría que mejorar la formación respecto a la atención a la dependencia. Creo que estamos formados en cuanto a la detección, la promoción del envejecimiento activo y la prevención de la dependencia. Creo que otro papel importante que tenemos es la detección precoz de personas en riesgo para intentar llegar a esa fase de dependencia lo antes posible. Ahí

hay un tema importante y son los cuidados de larga duración o cuidados a domicilio, que deberían recaer sobre las enfermeras.

JOSÉ RAMÓN RODRÍGUEZ: En el tema de profesionales se ha deteriorado la asistencia. Se han incorporado profesionales nuevos, pero muy mal cualificados. De hecho, por poner un ejemplo, existe lo que se llama auxi-



“La ley cuenta con todo el mundo menos con nosotros. Somos médicos de Primaria y médicos sociosanitarios, y vemos y atendemos a los ancianos dependientes”

– José Ramón Rodríguez Aizcorbe

liares gerocultoras y auxiliares de ayuda a domicilio, que tienen una categoría académica inferior a la auxiliar de clínica, y se está permitiendo que eso sea el eje central de las residencias. En las residencias hay auxiliares de clínica, pero también hay auxiliares gerocultoras con menos cualificación que las auxiliares de clínica. Y son mayoritarias porque son más baratas.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Crea empleo la dependencia? ¿Genera nichos de negocio? ¿Dónde están las oportunidades, si es que existen?*

ANTONIO JIMÉNEZ: Voy a dar algunos datos. Cuando se planteó la Ley de Dependencia, se hicieron algunas estimaciones del potencial de creación de empleo que podría tener el sistema. Hubo varias y oscilaban entre los 250.000 y 400.000 puestos de trabajo en el horizonte de 2015. Además de la creación directa de nuevos empleos, la ley podía tener otro potencial muy importante, que es liberar fuerza de trabajo que en ese momento no se podía incorporar al mercado porque estaba atendiendo a sus familiares dependientes. No hubo acuerdo, y la mayoría o todas las estimaciones han quedado desfasadas, sobre todo por tres factores: la irrupción de la crisis económica, el desarrollo más lento del sistema de lo que en un principio estaba previsto y esa deriva en el balance entre la prestación profesional de servicios, que es la que de verdad crea empleo, y las

prestaciones económicas. Con lo cual, la correspondencia entre esas expectativas y la realidad no es del todo precisa. Está creando empleo, pero menos del que se preveía.

¿Qué dice la encuesta de población activa?, ¿qué ha pasado en este país desde el primer trimestre de 2008, que es cuando empezó a notarse en el empleo la crisis económica, hasta el tercer trimestre de 2009, que son los últimos datos que tenemos de esa encuesta? Pues que en el conjunto de la economía se han perdido 1,5 millones de empleos, mientras que en el sector de los servicios sociales se han creado 76.000. Seguro que ahí la Ley de Dependencia ha tenido una incidencia importante. ¿Qué conclusión se puede sacar? Que a pesar de las grandes dificultades, el potencial que tiene la inversión en este sector está demostrado. Y, a poco que la situación económica mejore, esto se va a notar de forma importante, si hay voluntad política de seguir apoyando e invirtiendo recursos en este sistema.

ALBERT VERGÉS: La pregunta habría que desmitificarla, porque eso de que por que crezca el colectivo de las personas mayores es el negocio del siglo... Hay empresas, muchas del ámbito residencial, que llevan quince años esperando el negocio del siglo y todas ellas están a punto de quebrar. Así de claro. Con la Ley de Dependencia la Administración se ha convertido en el gran comprador, pero es un comprador que paga mal y tarde. Resulta que para atender a personas 365 días al año con médicos, enfermeras y todo lo demás, el baremo al que nos tenemos que ir es a unos 45 euros por persona y día, y ni en una fonda en Madrid te cuesta eso. Y con inversiones millonarias. ¿Saben ustedes que una residencia de 180 plazas es una inversión entre diez y 14 millones de euros? ¿Quién va a crear estas infraestructuras? Sólo un dato más: por cada euro que se gasta en dependencia se recupera aproximadamente entre el 0,50 y el 0,60 por ciento. Hay una capacidad de regenerar economía y esto no se entiende. Hay capacidad de negocio es en el sector de productos sanitarios y en el asegurador.

VICTORIANO PRIM: A pesar de que la nueva Ley de Economía Sostenible dice que se pagará en el plazo de un mes, en este momento tenemos comunidades autónomas que pagan a 400 o a 600 días.

ALBERT VERGÉS: Concretamente en Andalucía están pagando en estos momentos

a más de 800 días a todos los proveedores sanitarios.

PABLO COBO: Estamos a tres años, realmente efectivos son dos, desde que la ley se aprueba. Démosle el tiempo correspondiente y veremos cómo el sector se va consolidando. Pensemos que ahora tenemos 500.000 dependientes, pero seguramente en el año 2015 tendremos un 1,5 millones de personas beneficiarias que tendrán que ser atendidas por servicios y prestaciones económicas, pero los servicios tendrán que crecer exponencialmente. También crecerán las prestaciones económicas, pero los servicios muchísimo más. Por lo tanto, digamos que hay todo un potencial de futuro,

tentamos a todos y no tengamos marcos claros de actuación, ni se invertirá en investigación ni se invertirá en nuevas tecnologías, ni se invertirá en nada, porque es que no te lo pagan.

ANTONIO JIMÉNEZ: Uno de los grandes desafíos de la ley que no ha conseguido todavía resolver es cambiar el modelo de atención, que sigue siendo tradicional, que pivota fundamentalmente en residencias más cuidado familiar. Entre esos dos polos está todo el ámbito de la atención comunitaria, que decía Pilar, que es donde creo que realmente va a poder crecer el sector de la dependencia. ¿Qué cambios o ajustes habría que hacer para que de



Los expertos convocados posan con los directores asociados de *Medical Economics* Gonzalo San Segundo (izda.) y José María Martínez (dcha.).

tanto en el sector de la provisión de los servicios como en el sector asegurador.

VICTORIANO PRIM: Oportunidades de negocio las hay, evidentemente, pero entiendo que son fundamentalmente dirigidas a servicios, que es donde tiene que crecer más este sector. Servicios de asistencia a domicilio, asistencia de comida, lavandería, recados... La teleasistencia y la telemedicina para determinados pacientes pueden ser un elemento de crecimiento.

ALBERT VERGÉS: Crecerá el tema de telemedicina cuando se le dé el valor económico a lo que supone la atención a la dependencia y nos vayamos de un sistema muy asistencial a un sistema muy profesional. Mientras vayamos a este sistema mixto de a ver cómo con-

verdad las oportunidades de negocio que uno visualiza, pero no se concretan en la práctica, se empiecen a concretar? Adecuar los precios de los servicios al coste real que tienen y una financiación suficiente; se tiene que avanzar hacia criterios comunes de fijación de precios con las dificultades que tiene un modelo de gestión descentralizada, y rectificar esa tendencia actual que apunta a que cada comunidad autónoma vaya por su lado y que incluso tenga dos o tres varas de medir; determinar el coste de la atención sanitaria que se presta en las residencias para poder hacer una asignación adecuada y para que asuma ese coste el sistema de salud, que es el que lo tiene que asumir, y compromisos en los plazos de pago; reconocer el papel de los operadores privados, pues el 75 por ciento de la oferta de servicios, al menos en el campo residencial, es privada. ■



Club Médico

Informativo

CLUB MEDICO: Leganitos, 35—28013 MADRID—TELS. 91 5410279—91 5481866 Fax: 91 5410009—E-mail: club-medico@arrakis.es Web: www.club-medico.com

ACTIVIDADES

- **Vacaciones de Semana Santa**
- **Residencia de San Juan**
- **Residencias Asistidas**
- **Polltours Viajes**
- **Circuitos por Europa Olympia**
- **Apartamentos Club Médico**
- **Centro Médico Gran Vía**
- **Guía de Establecimientos Recomendados**



- HOTELES DE 3* Y 4*
- VIAJES DE 8 DÍAS
- PENSIÓN COMPLETA
- EXCURSIONES
- VISITAS
- ENTRADAS
- GUÍAS ESPECIALIZADOS

CIRCUITOS VERANO 2010

CORAZÓN SELVA NEGRA Y BODENSEE

SALIDA 16 Y 23 DE JULIO; 15 Y 22 DE AGOSTO; 7 DE SEPTIEMBRE

P.P.H.D. 950€ (Suplemento Hab. Ind. 250€)*

TIROL – SALZBURGO. CORAZÓN DE AUSTRIA

SALIDA 1, 8 Y 31 DE JULIO; 7 Y 30 DE AGOSTO

P.P.H.D. 950€ (Suplemento Hab. Ind. 210€)*

CORAZÓN DE BOHEMIA Y PRAGA

SALIDA 24 DE JULIO; 1 DE AGOSTO

P.P.H.D. 950€ (Suplemento Hab. Ind. 220€)*

CORAZÓN DE HOLANDA

SALIDA 17 DE JULIO Y 14 DE AGOSTO

P.P.H.D. 1250€ (Suplemento Hab. Ind. 280€)*

CORAZÓN DE ESCOCIA

SALIDAS 11 DE JULIO Y 3 DE SEPTIEMBRE

P.P.H.D. 1250€ (Suplemento Hab. Ind. 280€)*

CORAZÓN DE IRLANDA

SALIDA 15 DE JUNIO Y 15 DE JULIO

P.P.H.D. 1150€ (Suplemento Hab. Ind. 280€)*

CORAZÓN DE GRECIA

SALIDA 20 DE JUNIO, 20 DE JULIO; 15 DE SEPTIEMBRE

P.P.H.D. 1250€ (Suplemento Hab. Ind. 250€)*

CORAZÓN DE MARRUECOS

SALIDA 20 Y 27 DE SEPTIEMBRE

P.P.H.D. 920€ (Suplemento Hab. Ind. 210€)*

P.P.H.D. : Precio por persona en habitación doble

*Más tasas de Aeropuerto

**Disponemos de las mejores ofertas en hoteles y apartamentos en la costa.
Consulte nuestra web.**

VIAJES OLYMPIA MADRID

Puerta del Sol 14, 2º

28013 Madrid

<http://www.olympiamad.com/>

grupos@olympiamad.com

Tel. 915224501 Fax. 915324418

Móvil Emilio: 662 169 793



los "mejores Tours" y Cruceros Fluviales del Mundo

2010

(basta Abril 2011)

DISTANCIAS MEDIAS

Portugal
Francia
Italia
(Sicilia/Cerdeña)
Croacia
Eslovenia
Grecia
Turquía
Países Bajos
Austria
Alemania
Suiza
Polonia
Irlanda
Escocia
Islandia
Escandinavia
Rep. Bálticas
Rusia
Ucrania
Marruecos
Túnez

LARGAS DISTANCIAS

Senegal
Egipto
Israel
Jordania
Siria
Irán
Uzbekistán
India
Nepal
Sri Lanka
Kenia
Tanzania
China
Japón
Thailandia
Vietnam
Camboya
Myanmar
Cuba
México
Guatemala
Costa Rica
Canadá
U.S.A.
Perú
Argentina
Chile



Descuentos aplicables todo el año

DESCUENTOS
(reservas anticipadas)

Europa/Cruceros F.	7%	+ de 50 días	12%	+ de 80 días



DESCUENTOS
(reservas anticipadas)

LARGAS DISTANCIAS	5%	+ de 60 días	8%	+ de 90 días



POLITOURS

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

Más de 30 especialidades médicas / Unidad de Diagnóstico por Imagen /
Unidad de Ginecología y Obstetricia / Unidad de Rehabilitación y
Fisioterapia / Unidad de Podología / Unidad de Psicoterapia y Logopedia

CENTRO MÉDICO

GRAN VÍA

**Condiciones Especiales
para
Socios de Club Médico**



CLUB  SALUD
GRAN VÍA

ESTÉTICA, BELLEZA Y SALUD
Dermatología Cosmética
Depilación médica láser
Dietética y Nutrición

CLÍNICA  DENTAL
GRAN VÍA

CLÍNICA DENTAL
Odontología general
Cirugía e implantes
Ortodoncia
Estética dental
RX Panorámico

GRAN VÍA
ANTIAGING
MEDICINA ANTIENVEJECIMIENTO

MEDICINA BIOLÓGICA Y ANTIAGING
Tratamiento integral antiaging
Unidad de ozonoterapia
Unidad de rinomodelación

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

María Jesús Montero: "El pilar básico de la sanidad andaluza son los profesionales"



María Jesús Montero, consejera de Salud de la Junta de Andalucía.

PREGUNTA: *¿Cuáles son las características esenciales del Sistema Sanitario Público Andaluz?*

RESPUESTA: Es un servicio de salud público, accesible, equitativo y de calidad. Hemos construido un sistema de salud universal y eficiente, que tiene como política la mejora continua, y que basa su desarrollo en la incorporación de modelos de gestión, técnicas y tecnologías vanguardistas e innovadoras que favorezcan ofrecer una asistencia de calidad, ágil y personalizada a los ciudadanos.

Además, el Sistema Sanitario Público Andaluz destaca por ser el más garantista de cuantos existen en el Sistema Nacional de Salud al haber incorporado derechos de última generación como el testamento vital o la segunda opinión médica, entre otros muchos, y por haber sido el motor a nivel nacional en temas como el derecho a tener una muerte digna, a la prescripción enfermera o a la normativa sobre el uso de técnicas de reproducción asistida.

P: *¿Cuáles son los pilares de la política sanitaria de Andalucía?*

R: Los profesionales. Sin su trabajo, dedicación, implicación y profesionali-

dad la sanidad pública andaluza no podría funcionar. Ellos son quienes hacen posible que cada día los centros de salud, los hospitales, los puntos de urgencias y los servicios de emergencias funcionen. Ellos son quienes, con su dedicación, contribuyen no sólo a mejorar la salud de los andaluces, sino a prevenir enfermedades evitables con talleres de formación y a mejorar la calidad de vida de todos y cada uno de nosotros.

P: *Andalucía es un referente en investigación biomédica, ¿qué hechos e instituciones lo corroboran?*

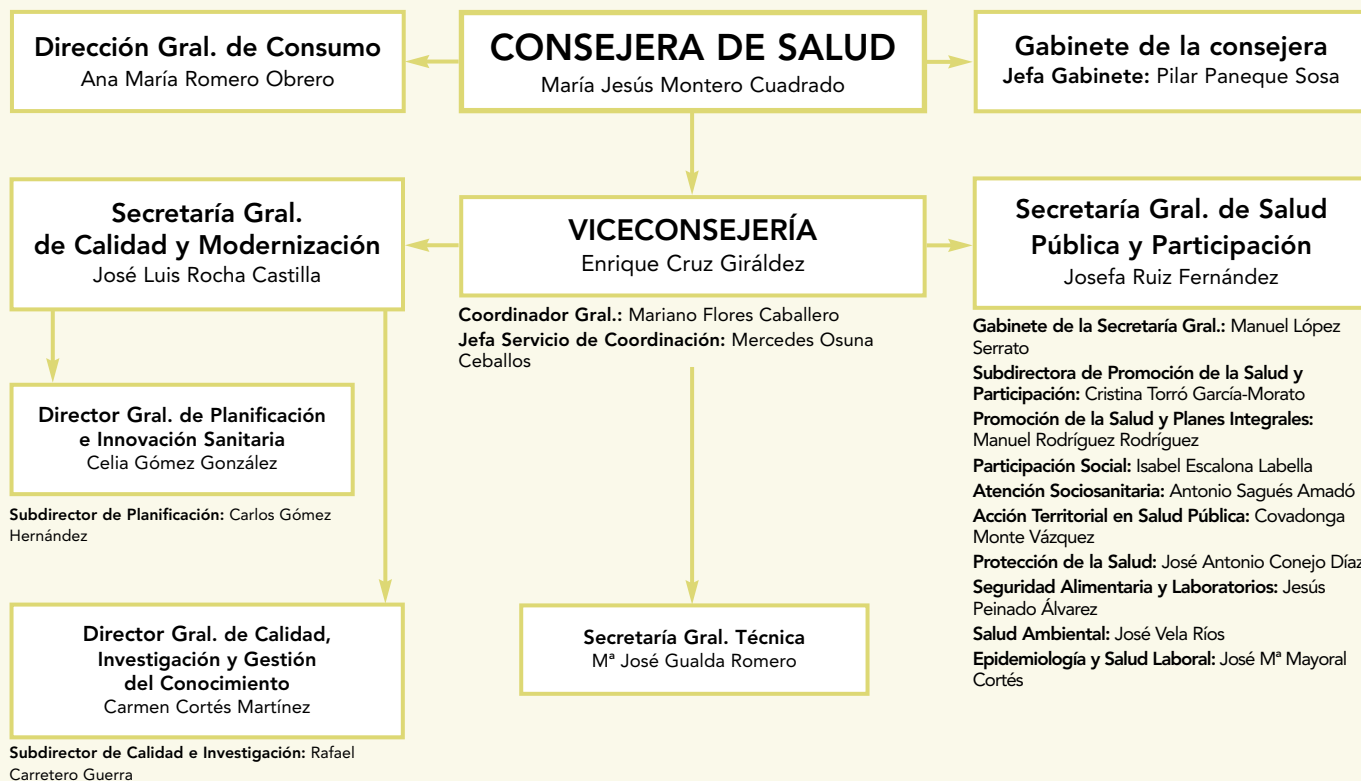
R: Son muchos los avances que se han alcanzado en Andalucía en los últimos años en lo que a investigación biomédica se refiere y muy difícil elegir algunos de ellos como ejemplo de un esfuerzo y un trabajo que corresponde a multitud de profesionales y a la apuesta indiscutible del Gobierno andaluz. Andalucía es la única comunidad autónoma que cuenta con un marco jurídico avanzado y responsable con la investigación biomédica, que cuenta con un proyecto sólido en este ámbito (el Plan Andaluz de Terapias Avanzadas), que permiten articular, organizar y ordenar la hoja de ruta de nuestra comunidad en el apasionante camino de la investigación. Contamos con una estrategia de investigación clara. Sabemos qué queremos y cómo. Además, estamos construyendo una potente red de centros de investigación, en la que cada centro de salud y cada hospital sea parte activa, y que tendrán como instalaciones referentes el CABIMER y el IBIS de Sevilla para la terapia celular y la medicina regenerativa, el BIONAND de Málaga para la nanomedicina, el GENyO de Granada para la investigación en genética y el Banco de Células Madre de Granada para el trabajo con líneas celulares.

P: *También es importante la apuesta por las tecnologías de la información y comunicación (TIC)...*

R: El 95 por ciento de los andaluces cuentan ya con su historia de salud digital y pueden beneficiarse de la receta electrónica, que es utilizada por el 90 por ciento de los médicos de familia y pediatras y por el 99 por ciento de las oficinas de farmacia. Asimismo, la plataforma multimedia Informarse.es Salud pone al servicio de los ciudadanos vídeos sobre enfermedades y hábitos de vida saludable, así como consejos para tener una buena calidad de vida. A todo ello se suma, además, la extensión de la telemedicina, la incorporación de tecnología de última generación tanto a nivel quirúrgico (Robot Da Vinci) como a nivel diagnóstico con equipamiento de última generación. Siempre hemos apostado por las nuevas tecnologías aplicadas a la salud y lo seguiremos haciendo, tal y como demuestra, también, el impulso que se ha realizado en el marco del Living Lab Salud Andalucía, donde entidades públicas y privadas colaboran en la identificación de necesidades que, con una aplicación tecnológica, puedan mejorar la calidad de vida de los pacientes, quienes son los encargados de probar los prototipos.

P: *En Atención Primaria, ¿cuáles son las principales dolencias actuales y estrategias de cara al futuro?*

R: Hemos apostado por acercar estas instalaciones a todos los andaluces y andaluzas y hemos incrementado las competencias de los servicios de Atención Primaria y creado unos servicios resolutivos, capacitados para atender en primera instancia cualquier problema de salud. Es mucho el camino recorrido, y evidentemente, aún queda camino por recorrer, y en ello estamos, trabajando siempre por la mejora continua. ■



NOTICIAS/ACTUALIDAD

Los andaluces realizaron más de 281.000 donaciones en 2009

Los andaluces han realizado a lo largo de 2009 un total de 281.361 donaciones de sangre. Por provincias, en Almería se han registrado 19.687 donaciones; en Cádiz 36.290; en Córdoba 33.223; en Granada 41.512; en Huelva 18.856; en Jaén 21.767; en Málaga 50.130; y en Sevilla 59.896. La tasa global de donación más alta la tiene Granada, con 46,06 donaciones por 1.000 habitantes, seguida de Córdoba (41,59). En total, existen 176.016 donantes activos en la comunidad. De ellos, 100.213 (el 57 por ciento) son hombres y 75.803 (el 43 por ciento) son mujeres.

La espera de los andaluces para ser operados baja de 60 a 57 días

Los andaluces esperaron en 2009 una media de 57 días para una intervención quirúrgica, tres días menos que en 2008, mientras que para ser atendidos por los especialistas la espera fue de 48 días y de 23 para las pruebas diagnósticas. En 2009 se hicieron en Andalucía un total de 534.811 intervenciones quirúrgicas, una cifra similar a la de los últimos años.

Andalucía colabora con Marruecos en materia de formación de profesionales

Durante dos días una delegación marroquí ha visitado Sevilla para avanzar en la definición de acciones de cooperación en materia formativa. Esta línea de trabajo tiene como objetivo aportar la experiencia andaluza en la formación de profesionales sanitarios. Las áreas de interés definidas como preferentes se centran en salud materno-infantil y urgencias. Si bien, se trabajará expresamente en el área de evaluación del impacto en la formación de los profesionales.

Un total de 291 sanitarios del SAS han ascendido de nivel de carrera profesional en 2009

Un total de 291 sanitarios del Servicio Andaluz de Salud (SAS) han obtenido a lo largo del año pasado la certificación que avala el haber elevado su nivel de carrera profesional dentro de este modelo organizativo que persigue el reconocimiento público y expreso del buen hacer de los profesionales, a la vez que trata de incentivar la mejora continua en el desempeño profesional. Para ello, se tienen en cuenta la realización de buenas prácticas, así como méritos como la formación continuada, la docencia o la investigación.

Tecnología

Estándares en los sistemas de telemonitorización



Oscar Gil García*

Existen multitud de empresas tecnológicas que ofrecen dispositivos de medición de parámetros biomédicos y envío de dicha información a distancia; sin embargo, y aunque todo el sector coincide en que la prevalencia de enfermedades crónicas es uno de los retos más importantes a abordar y que existe además base tecnológica suficiente para adoptar soluciones que faciliten el paso a un enfoque basado en la prevención, lo cierto es que la mayoría de las experiencias no pasan de ser pilos de mayor o menor tamaño, sin llegar a una prestación de servicios a gran escala.

Desde el punto de vista tecnológico existen a pesar de todo algunas barreras a superar. La gran mayoría de los proveedores actuales se han centrado principalmente en el desarrollo de estos terminales biométricos, sin prestar suficiente atención al desarrollo de las aplicaciones que incorporan toda la lógica de negocio y el conocimiento clínico para el procesamiento de los datos, más allá de presentarlos de forma gráfica.

Adicionalmente, si una organización sanitaria quiere prestar servicios de telemonitorización y seguimiento con dispositivos de diferente fabricante, se verá con el problema añadido de que las aplicaciones de control que reciben los datos son diferentes, lo que dificulta enormemente una gestión centralizada de los enfermos, por ejemplo desde un contact center 24 horas atendido por personal sanitario.

Para solucionar esto último, se están desarrollando una serie de estándares internacionales que permiten que todos estos dispositivos recojan y transmitan la información de la misma manera y con el mismo formato independientemente del fabricante.

Uno de los más importantes en este ámbito es el estándar ISO/IEEE 11073

(X73) que se centra en los dispositivos, cómo deben intercambiar la información y cuya adopción ofrece ventajas: hace que los dispositivos resulten muy cómodos de utilizar por los pacientes (plug and play), incluye nomenclaturas específicas para intercambio de información clínica (Medical Device Data Language, MDDL, y Domain Information Model, DIM) e incorpora la definición de sistemas de "adaptación a X73", para adaptar dispositivos ya existentes que no cumplen por sí mismos con el estándar.

Superada la barrera de la estandarización de los dispositivos, el siguiente paso es la creación de la aplicación de negocio que recoja todos los datos e integre la información relevante del paciente en la historia clínica electrónica que utiliza en su trabajo diario el profesional, pues no es admisible, en un planteamiento completo, que el médico tenga que acceder a una aplicación diferente a su herramienta de trabajo para estos casos.

El estándar europeo EN13606 ha sido diseñado para lograr la interoperabilidad entre sistemas de historia clínica electrónica y consta de cinco partes: modelo de referencia: (define las características que deben tener los registros de salud de los pacientes), especificación de intercambio de arquetipos (pensado para el desarrollo de historias clínicas interoperables, arquetipos de referencia y listas de términos y seguridad).

La adopción por parte de los proveedores de ambos estándares será un paso necesario para dar el salto a este tipo de tecnologías incorporándolas realmente en el modelo de prestación sanitaria. Conocer de su existencia y exigirlo a los proveedores es un elemento clave que evitará costes de desarrollo posteriores y acabar siendo cautivos de un determinado proveedor. ■

» El estándar europeo EN13606 ha sido diseñado para lograr la interoperabilidad entre sistemas de historia clínica electrónica y consta de cinco partes.

» La adopción por parte de los proveedores de ambos estándares será un paso necesario para dar el salto a este tipo de tecnologías incorporándolas realmente en el modelo de prestación sanitaria.

*Ingeniero de Telecomunicación, Gerente de Sanidad de PricewaterhouseCoopers.
Para contactar: oscar.gil.garcia@es.pwc.com

PSN crea comisiones de asesoramiento para impulsar el buen gobierno

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) pretende favorecer su autorregulación para dar más garantía a los derechos de los mutualistas.

El Consejo de Administración de Previsión Sanitaria Nacional (PSN) ha aprobado un reglamento que fija los principios esenciales de actuación del órgano de gobierno de la mutua. El documento, de 8 títulos, 25 artículos y 27 páginas, recoge la organización y funcionamiento del Consejo, pretende fortalecer su autorregulación, garantizar su transparencia y establece normas de conducta de sus miembros, para proporcionar mayor garantía de los derechos de los mutualistas, según han expresado fuentes de la mutua.

Cinco comisiones

La principal novedad que incorpora el reglamento es la creación de cinco comisiones de participación y asesoramiento, cuyo propósito general será impulsar el buen gobierno en PSN, así como garantizar una mayor eficacia en las decisiones del Consejo de Administración. Las cinco comisiones creadas son: Comisión Ejecutiva, Comisión de Auditoría y Control, Comisión de Retribuciones y Recursos Humanos, Comisión de Inversiones, y Comisión de Estrategia, Calidad y Responsabilidad Social Corporativa.

La Comisión Ejecutiva será la más importante en cuanto a funciones y contenidos. Estará compuesta por el presidente, Miguel Carrero; la vicepresidenta, Carmen Rodríguez; y los consejeros Esteban Ímaz y Miguel Triola. A ella estará adscrito el director general, José María Soriano.

Las demás comisiones serán más específicas en sus tareas. Así, la Comisión de Auditoría y Control supervisará la actividad de la mutua y comprobará la veracidad y transparencia de la contabilidad social y de la información económica y financiera. La Comisión de Retribuciones y Recursos Humanos abordará las políticas salariales y de nombramientos en PSN. La Comisión de Inversiones vigilará la gestión de activos financieros. Y, por último, la Comisión de Estrategia, Calidad y Responsabilidad Social Corporativa se encargará de analizar el entorno asegurador, valorando la posición de PSN con respecto a la competencia, y de proponer una estrategia social para alcanzar una relación satisfactoria con todos los agentes, especialmente con mutualistas, trabajadores, proveedores y administraciones. ■

CICLO DE EXPERIENCIAS EN GESTIÓN SANITARIA



Investigación biomédica e innovación

Salón de Actos FEGAS

Avda. Fernando de Casas Novoa, 37

Santiago de Compostela, 22 de abril de 2010

Organizado por

Medical Economics



Con la colaboración de



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

Cuarenta años de fumador



Accesit

El tabaco ha sido fiel compañero de la vida del autor, tal y como les ha ocurrido a muchos personajes célebres.

Venancio Díaz Castán
Médico de familia



El fenómeno de la difusión del hábito de fumar tras la importación de la planta a Europa no tiene precedentes con ninguna otra sustancia, como no sea el café. Al cabo de cuatro siglos logró convertirse en uno de los ritos iniciáticos del varón adolescente en su paso a la edad adulta. Es ya un hombre. Fuma delante de sus padres, decían del muchacho al que asomaba una sombra de bigote por debajo de la nariz. En la mili, en los trabajos, en lo que duraba el sermón del cura en la misa, etc., estaba establecida la pausa para echar un cigarro (es de advertir que la misa era válida si se asistía desde el evangelio). En la hondura de la zanja, cavada a pico y pala por rudos hombres en camiseta, se hacía un alto, se secaban el sudor con un pañuelo, uno se echaba mano al bolsillo, sacaba una petaca sobada y re-negrada y se la ofrecía al otro. Una mano

callosa hacía deslizar con delicadeza en el hueco de la otra una ración de picadura, devolvía la petaca a su dueño y acto seguido metía el tabaco en el lecho de un papel que sacaba del librito; con destreza aprendida envolvía el contenido, lo apretujaba dándole consistencia, daba un lametazo al borde, se metía el cigarro entre los labios, sacaba un chisquero del bolsillo, o el mechero de gasolina “El Martillo”, le daba fuego, aspiraba y echaba con fruición unas volutas de humo azul, fuerte, del que hacía toser a los novatos. De este sencillo modo quedaban sellados a diario innumerables pactos de amistad, de solidaria convivencia en el trabajo. “Siempre que se ha *trabajao* se ha *fumao*”, decían. En el estanco, a los distintos tabacos les llamaban profesionalmente labores, y eran tan importantes que el Estado los tenía celosamente como monopolio. El tabaco tenía en los momen-

tos de apuro la misma consideración que el pan, por ello se hacían cartillas de racionamiento. Era una necesidad natural, como el comer. El tabaco ha hecho más pasables las interminables horas de los centinelas en sus garitas, de los soldados en las trincheras y de los padres en la espera del parto de su primer hijo. Sin el tabaco no se hubiera construido la sociedad actual, con todas sus ventajas y defectos. Era básico en las oficinas, en los edificios en construcción, en la calle, en los cafés, en el campo, en la playa, en los aviones, en los trenes, en las bibliotecas, en las plazas de toros, en los campos de fútbol, en las fábricas, en cines y teatros, en las guerras, en los bancos, en las sacristías, en los palacios arzobispales y, por supuesto, en los consultorios y hospitales. No se entendía una organización social sensata sin el tabaco.

Fumadores famosos

Winston Churchill no hubiera tenido su protagonismo histórico sin los puros habanos, del mismo modo que Stalin sin la pipa, como tampoco Alberti hubiera escrito sus versos sin las veinte o treinta pipas que fumaba a diario. Pero no quiero entrar en la dinámica de los fumadores famosos porque la lista sería interminable; sólo pretendo señalar la influencia decisiva que el tabaco ha ejercido sobre la construcción del mundo actual. Es cierto que Humphrey Bogart, Yul Brinner y John Wayne murieron de cáncer de pulmón, pero nada hubieran sido sin el sempiterno cigarrillo en la comisura de los labios. En el cine actual sólo fuman los malos, excepción hecha de Clint Eastwood, que suele mantener una delgada tagarnina entre sus labios apretados mientras arruga el entrecejo y entorna sus párpados dejando una simple ranura para mirar. La malísima Bette Davis era fumadora empedernida cuando las mujeres que fumaban eran de dudosa moralidad, salvo que fuesen de la alta clase social, que han podido ser fumadoras, borrachas, drogatas y putas sin recato alguno, porque estas condiciones, en su caso, han sido atributos de originalidad, arte e inteligencia.

Desde que me acostumbré a fumar, éste hábito se convirtió en un placer mantenido, a veces solitario y a veces compartido. Y digo mantenido, constante, porque la vida me enseñó que los placeres eran cortos, que cuando duraban un poco se ago-

taban enseguida, salvo éste de fumar, que me ha resultado igualmente satisfactorio a lo largo de los cuarenta años en que lo he disfrutado. Los que pasamos el grueso de nuestra juventud en aquella época ominosa en la que estaba prácticamente todo prohibido, tuvimos en los cigarrillos un lenitivo, un consuelo satisfactorio que llenaba miles de horas de vacío moral. La depresión fue algo posterior. Entonces la gente no se deprimía. Se restañaba las heridas, se las lamía como los perros, y guardaba un rencor soterrado que la mantenía viva. El tabaco la ayudaba a pensar, a permanecer en silencio y a mantener fresca la memoria.

Cuando me llevaron al internado comprendí que no quedaba más remedio que resistir las veinticuatro horas de cada día dentro de aquellos muros, aquellos patios

“Es cierto que Humphrey Bogart, Yul Brinner y John Wayne murieron de cáncer de pulmón, pero nada hubieran sido sin el sempiterno cigarrillo en la comisura de los labios”



rodeados de altas tapias carceleras. A pesar de que los curas ejercían una vigilancia estrecha, patológica, sobre todos nuestros actos, siempre dejaban huecos que aprovechábamos para albergar nuestros vicios en los

váteres. Aquí hubo que acostumbrarse a la mezcla del olor del humo del tabaco con otros menos gratos, pero eso no fue óbice. Llegado un momento fuimos capaces de ver en los váteres un lugar de libertad en donde poder llorar a gusto, lanzar amargos de-nuestos, contar chistes abracadabranes, e incluso un sucedáneo del hogar del que carecíamos.

El olor del tabaco rubio era considerado como un aroma varonil y distinguido. Conocí a un caballero, amigo de mis padres, que ponía en el armario un cenicero con un cigarrillo consumiéndose para que la ropa quedase bien impregnada de la fragancia. Una marca famosa de colonia de hombres se llamaba Tabac, y los figaros, en sus peluquerías, ofertaban a sus clientes la loción Tabaco Rubio. En las vacaciones de mi adolescencia, siempre que hubiese posibilidad económica, las preferencias iban por el Chester sin filtro.

"El tabaco ha acompañado fielmente la historia de mi vida. El tabaco forma parte de mi pasado; un pasado que favoreció su consumo"



La llegada de los estudios universitarios llevaba adjuntos otros gastos (los vinos) y, por tanto, la necesidad de administrar la exigua paga mensual, por lo que el hábito se acostumbró de manera definitiva al negro de los Ducados. Claro que, a partir de mediados de mes ya no quedaba dinero. Por fortuna guardaba en una lata Picadura selecta, y podía fumar el resto del mes cigarros liados que hoy serían confundidos con porros. Discurrió la carrera fumando en los pasillos y en las aulas, desde la más pequeña hasta el aula magna, pasando por las salas de disección en donde, además de bien visto era casi obligado para compensar olores. Luego, durante el ejercicio de la profesión, no comenzaba la consulta sin depositar antes encima de la mesa el paquete de tabaco para que me acompañase y para invitar al paciente si lo permitía su patología. En las visitas a domicilio, si el caso lo requería, me

sentaba a la cabecera del paciente o en torno a la mesa del comedor y compartía con los familiares un vaso de vino con unas rodajas de longaniza y un par de cigarros.

El hábito de la pipa fue más tardío, aunque me resultaba enormemente atrayente desde las tempranas lecturas de Marc Twain, Stevenson y Conan Doyle. Armado de valor, compré mi primera pipa a los doce años y en ella fumé, en el secreto de los desvanes, las colillas de los cigarrillos rubios. Todo se aprovechaba entonces. Hacia los treinta años me convertí en un consumado fumador de pipa, hasta lograr hacerme con una notable colección. La maestría llegó hasta el extremo (perdóneseme la jactancia) de ganar en refiido concurso a la entonces campeona de España, Mari Carmen Zurdo, con una pipa Everest nueva y tres gramos de tabaco Mc Baren. Tiempo: una hora, tres minutos y veinte segundos. La pipa significó muchas horas de placeres sosegados y maduros, y hubiese sido suficiente si mis necesidades adquiridas de nicotina no hubieran hecho imprescindible el concurso de los cigarrillos, siempre rápidos y dispuestos a ser encendidos en segundos. La escasez de tabacos de pipa de los años sesenta (había quien fumaba picadura de Cuarterón), mitigada de nuevo con el contrabando, dio paso a una enorme variedad en los setenta de la mano de las libertades comerciales. En aquellos años se comenzaron a fabricar las labores nacionales, Cibeles y Neptuno, este último consumido largamente por el ilustre escritor don Antonio Buero Vallejo con quien tuve el honor de charlar en el interior de una nube de humo. La pipa que usaba tenía la cazoleta requemada, casi calcinada, de tanto usarla, y le envidié por fumar sólo en pipa sin caer en la tentación del cigarrillo. La pipa exige experiencia, paciencia, sabiduría, hedonismo, reflexión, etc. y todas esas cosas no colorean siempre la juventud, en especial el hedonismo sensato, por ser la juventud morada de placeres urgentes e inmediatos, todo lo contrario de lo que la pipa proporciona.

Mi relación con los puros fue igualmente satisfactoria, aunque menos frecuente. No encontraba nada más placentero que fumar un Montecristo del número cuatro, después de comer, acompañando a un buen coñac español (Larios 1866, por ejemplo). Los Fariás, de no haber sido tan apuestos para los demás, los hubiera fumado en ma-

yor número, porque me gustaban, así como los franceses Voltigeurs y los andorranos Reig y los holandeses Café Creme.

Y debo finalizar esta relación, que podría extender durante horas, para no aburrir más a un lector que, a estas alturas, se habrá dado cuenta del repugnante grado de vicio que alcancé y que tanto me costó vencer. Todo lo que digan del grado de dependencia que causa la nicotina es poco, máxime si los fabricantes se dedican a incluir en la mezcla sustancias que la incrementan para asegurarse la clientela. Lo mejor es no empezar nunca, porque cuesta mucho dejarlo. Decía un escritor, cuyo nombre no recuerdo, que desconfiaba de aquellos que dejaban de fumar, porque al que lo consigue le consideraba capaz de cualquier cosa. Y de buen o mal grado habremos de dejarlo todos so pena de convertirnos en proscritos perseguidos por la ley. La calle y el campo son los únicos lugares en los que se puede fumar con cierta libertad, porque conozco a quienes, en sus propios hogares, han vuelto a la época de los retretes.

Dejar de fumar

Un día comencé a toser sin parar y me di cuenta de que mis días de fumador habían terminado. Dos veces dejé de fumar por el espacio de un año, y las dos volví a fumar coincidiendo con momentos amargos de la vida. Pero esta tercera parece definitiva. Las cosas han dado en la sociedad un giro espectacular. Fumar ya no es un rito iniciático de los varones; se ha convertido en un reto igualitario para las chicas, que van heredando estúpidamente los errores de los hombres a medida que se liberan, mientras estos van abandonando poco a poco el vicio y se aferran a su adolescencia. Vienen usos menos perseguidos pero más dañinos, como las drogas de diseño y las otras, que siguen vendiéndose en los mismos sitios y lo mismo lo saben los consumidores que la policía. La sociedad, al igual que una persona, adquiere por épocas rictus históricos en forma de persecuciones (Roma, Diocleciano, a la caza de cristianos, EEUU y sus provincias europeas a la caza de fumadores), y estando justificado el empeño en demostrar la nocividad del producto perseguido, no se acaba de entender la lenidad con otros aspectos de la vida mucho más letales y más sencillos de erradicar.

El tabaco ha acompañado fielmente la historia de mi vida. El tabaco forma parte

de mi pasado; un pasado que favoreció su consumo. No es un tóxico simplemente, sino un hábito unido a una cultura. Del 85 por ciento de los varones que hemos fumado más de cuarenta años, se han muerto muy pocos para los datos catastróficos pretendidos, al menos en España. Si nos morimos más tarde se podrá decir que hemos alcanzado una longevidad aceptable. No es

“Las cosas han dado en la sociedad un giro espectacular. Fumar ya no es un rito iniciático de los varones; se ha convertido en un reto igualitario para las chicas”



sencillo dejar de fumar. Por ello hay que ejercer toda la comprensión posible ante un fumador. La actitud prohibitiva e intransigente nos aleja del enfermo. Mis ancianos padres siguen fumando. Cuando les veo, cómplices, apurar sus respectivas colillas, siento en mi desatino higienista de nuevo cuño deseos de reprenderles, pero puede más el pasado y me invade una extraña ternura, la misma que tal vez hubiese sentido por don Antonio Machado, viejo y derrotado en Colliure, con los bolsillos de su chaqueta llenos de briznas de picadura. ■

Tres



Accesit

El protagonista de esta historia quiere ser de mayor médico de familia.

Roberto José Sánchez Sánchez
Médico residente



El *profe* nos ha pedido para el lunes una redacción sobre lo que queremos ser de mayores y yo le he dicho que médico de Atención Primaria. Él me ha preguntado qué es eso y yo le he dicho que médico de familia. Como el de la serie, sí, como el de la serie. Pero le he matizado que a mí también me gusta mucho lo de médico de cabecera, porque me imagino sobre la almohada del enfermo día y noche, en la salud y en la enfermedad, en la riqueza y en la pobreza, hasta que la muerte nos separe. Me ha dicho el *profe* que si no me gustaría hacer una especialidad y yo le he explicado que desde hace unos años ya, el médico de cabecera no es (sólo) el médico de los catarros, ni el que da los cheques regalo para ir a por medicinas gratis a la farmacia, ni el que dispensa los volantes para ir a ver al médico de verdad, el que salva las vidas, ése al que se le llama doctor y que está en el hospital. Me ha dicho que si cuando termine no querría hacer otra especialidad. Le he respondido que para qué si ya habré hecho una,

que es la especialidad que yo voy a elegir: Medicina Familiar y Comunitaria.

He dudado sobre si el discurso de mi *profe*, no será también el discurso de la sociedad y me he dicho que no, que no puede ser. Luego he caído en la cuenta de que eso lo piensan los recién licenciados que van a elegir una plaza, sólo hay que mirar cómo queda en los números la elección de la Atención Primaria en este país; el maltrato, la humillación más bien, que recibe. Ahí es cuando el pariente lejano, que bien te quiere, al que por ser lejano se le otorga la concesión de decir lo que piensa, te dice: ya que estás, no seas bobo, haz una especialidad. Por si no bastaba con eso, después de elegir, la Primaria recibe otro duro golpe, el 15 por ciento decide que su tío tercero tenía razón y abandona la plaza que cogió. Pero lo más duro de aceptar no es eso, lo peor de todo, es que después de terminar, un porcentaje importante (sería interesante un estudio en este sentido) y cada vez mayor, cuelga los hábitos y se marcha a trabajar a la urgencia de un hospital, o a la de un cen-

tro de salud rural, a los servicios de emergencia en la calle o a cualquier otro sitio (cada vez la gente es más ingeniosa) que no tiene nada que ver con la Atención Primaria. Iba a decir que no tiene nada que ver con la formación que recibe un residente en Primaria, pero precisamente los cuatro años van dirigidos a que cuando acabes salgas pidiendo del centro de salud. Al final, el tío lejano, en una boda, en un estado de embriaguez lamentable te dice: te lo dije.

Después de haberle contado esto a mi *profe*, no entiende por qué quiero ser médico de Atención Primaria. Yo le he dicho: me alegro de que me hagas esa pregunta. Se me ha quedado mirando con cara de “chaval no te pases de listillo”.

A mí, *profe*, lo que me gustaría es trabajar en un centro de salud y enfermedad. Que es uno de los pocos reductos del sistema sanitario donde las personas importan. Lo que quizá separe más a los médicos de Atención Primaria del resto (los especialistas de los hospitales, los médicos de urgencias) es que, al igual que al médico de *El árbol y la ciencia*, nos importan de la misma manera, las enfermedades y sus síntomas, que las personas y sus sentimientos en relación a la enfermedad y la repercusión que este proceso tiene en sus vidas. Una de las razones por las que muchos estudiantes y residentes se desesperan es porque durante once años (se dice pronto) ni huelen las emociones, las dudas, los temores que hay detrás del proceso de enfermar. Bien porque los médicos de los que aprenden se dedican sólo a los síntomas y a las enfermedades, o bien porque no les dejan a ellos desarrollar el capital humano (ni científico), aunque sea en base a la toma de decisiones tutelada. A este sistema de aprendizaje, bien conocido por los incombustibles residentes de Primaria, se le conoce como “calentar silla o estar de miranda”.

Es extraordinariamente agotador rotar en una planta hospitalaria ocho meses donde no hay un solo lugar ni un momento para el sentimiento, para la expresión del paciente, para ver qué ha significado en su vida el ictus del año pasado, para entender los miedos que tiene a que repita, para ver a qué actividades de su vida afectan esos miedos. De todos es sabido que esa labor de escucha y contención la realiza cualquier otro que pasa por allí, llámese auxiliar, enfermera o sacerdote. Los médicos piensan que esto

no es importante y que no pueden perder el tiempo en ello.

A mí me importa igual si el tanto por ciento de recidiva de la isquemia cerebral es del 15 o del 30, si el paciente que ha tenido el ictus es un abuelo casado, si su esposa está demenciada o si es un abuelo que vive en una residencia, si tiene tres hermanos, si tiene hijos; me importan cuáles son sus expectativas de vida, qué aficiones tiene, si le gusta leer el periódico, si tiene amigos. Al parecer sobre esto no hay ninguna pregunta en el MIR. Por eso no es mejor médico el que mejor nota saca. La medicina necesita gente normal.

Algunos no estudiaron la carrera sólo para aprenderse la insuficiencia cardíaca y el EPOC, ni para ganar pasta, ni porque lo hicieran sus padres, ni porque el tío tercero en otra boda en la que también estaba campanera total les dijera: tú no seas bobo, haz



“El *profe* nos dió las redacciones el viernes y me puso un tres. Al salir le pregunté si no le había gustado y me dijo: ‘Tanto prometer, parece que lo que quieres es ser político’”

una buena carrera. Como si las demás no lo fueran. Claro, que lo que estaba diciendo realmente era: haz una carrera que te proporcione un trabajo con el que puedas ganar mucho dinero.

Yo, *profe*, quiero ser médico de familia, para levantarme de la silla, llamar uno por uno a mis pacientes, darles la mano, mirar-

les a los ojos, sonreírles, saludarles (hola qué tal, pase, siéntese, por favor), en una consulta grande, con ventanas, luminosa, con flores naturales a las que cambiarles el agua cada día, con una foto grande de Filiberto Villalobos y otra de San Juan Gervas, con un cuadro, con un cartel de una película, con los dibujos que traigan los niños, con los regalos de los abuelitos, con las postales que me envíen los residentes. Quitaré la mesa y pondré varias sillas muy cómodas todas iguales, la del médico y la de los pacientes. La gente también habla con las piernas, con las manos que esconde debajo de la mesa. A lo mejor el paciente en un momento dado necesita que el médico se le aproxime para decirle algo, para hablarle en un susurro, para darle una palmadita en la espalda de felicidad o para agarrarle del brazo. Tendré siempre papel para enjugar el llanto, el cual dejaré manar en silencio. Nunca hablaré para tratar de abolirlo con el objeto de que termine lo antes posible mi incomodidad. Tendré lágrimas

paciente. Daré mucha información a los pacientes en papel. El tratamiento de la gastroenteritis aguda después de una somera explicación, queda muy bien redactado y completo, así no se olvida nada y no me cabrearé por repetir las cosas mil veces. (Algún día haré un estudio para calcular las veces que un médico de Primaria tiene que explicar lo de la dieta blanda y lo del suero oral a lo largo de su carrera. Por cierto, el otro día en un seminario un fulano dijo que no hay ninguna evidencia científica ni ningún estudio acerca de que la dieta blanda sirva para nada en la gastroenteritis aguda. Casi me da un pánico). Siempre que se pueda, por las características del paciente, completaré una decisión tomada en la consulta o compartiré una duda o mi ignorancia, con bibliografía entendible. Quiero hacer a la gente partícipe de las decisiones, quiero que entiendan por qué se toman. Hay una deuda importante de comunicación. Si los pacientes entendieran a veces por qué se hace tal cosa o más importan-



Juan Gervas.

"Quiero ser médico de familia en una consulta grande, con ventanas, luminosa, con flores naturales a las que cambiarles el agua cada día, con una foto grande de Filiberto Villalobos y otra de San Juan Gervas"

artificiales por si alguien quiere llorar y no puede. En monodosis y en colirio, dependiendo de la emoción. Daré un vaso de agua a la gente que lo necesite. El ordenador estará a mano y el paciente verá en todo momento lo que hay en la pantalla y lo que se escribe en ella, si es que se escribe algo. Nunca estaré pendiente de él cuando entre y salvo que sea imprescindible no lo utilizaré en su presencia, escribiré toda la historia cuando haya salido por la puerta. Tendré apuntado el horario de trabajo de todos y procuraré facilitar al máximo la accesibilidad, dejándoles elegir siempre que sea posible fecha y hora, desplazando a los pacientes jubilados a otras franjas horarias. Utilizaré el correo electrónico, el teléfono y dejaré recetas, analíticas, partes de baja, informes y burocracia en el mostrador de administración para recoger, procurando gestionar así toda la parte de la consulta que no requiere la presencia física del

te, por qué no se hace, quizá vieran de otra manera el trabajo de sus médicos de cabecera. En algunas ocasiones es imposible explicarlo por falta de tiempo; podemos escribirlo en casa o buscar en la red material para justificar nuestra actuación acerca de por qué no derivamos a un paciente por una parálisis facial periférica o por qué no alargamos una baja en un dolor lumbar inespecífico. Siempre que vea la ocasión, mandaré al paciente información para que aprenda a valorar la Atención Primaria, para que vea hasta qué punto es importante lo que hacemos en los centros de salud. Será mi revolución silenciosa ante los especialistas que secuestran a los pacientes con un ansia irreprimible. Hay que concienciar a la gente sobre la importancia de la sanidad pública para que no pase lo que está pasando.

Les daré mi *curriculum* y una declaración de intenciones para que sepan lo que pienso

acerca de la receta de genéricos, de los límites entre la medicina privada y pública, de la libertad de receta ante la prescripción de un especialista, de por qué no receto fármacos de la misma familia que no han demostrado eficacia respecto a otros (lansoprazol *vs* omeprazol), de las labores con los jóvenes acerca de la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del uso de anticonceptivos. Con esto y con todo, seré también condescendiente y derivaré sin rechistar a los pacientes que se nieguen a que los valore y quieran ir al especialista a toda costa y levantaré la mano parcialmente, aunque no esté de acuerdo, para satisfacer alguna demanda puntual del paciente, dejándole clara mi postura.

Explicaré a los pacientes que yo, a diferencia de otros, no soy un médico “untado por la industria”, que los de los laboratorios no me invitan a desayunar, ni a cenar, ni a congresos, ni me pagan libros, ni copas. Yo creo que los pacientes tienen que conocer estas prácticas y que tú renuncias a ellas. Con el corazón, los que estamos en el ajo sabemos que cuesta mucho esfuerzo rechazar, si no tanto la oferta lúdica, que también la formativa, porque si te quieres mantener al día, sobre todo al principio, sin cursos o libros en los que intervenga por algún lado la industria, lo vas a pasar mal. Lo bueno es que no tienes que aguantar la relación pelotillera y bizarra que se suele establecer con los representantes, verdaderos especialistas en ser amigos a sueldo.

Roberto y sus pacientes

Mis pacientes me llamarán por mi nombre, Roberto; sin la muletilla de doctor, de don ni de usted. A los que no sean viejetes de verdad no les llamaré de usted.

Me tomaré muy en serio a los pacientes encamados, dependientes y terminales y consideraré estas visitas como prioritarias en mi práctica. Me preocuparé en poner en marcha los recursos sociales disponibles y daré la cara por ellos ante la administración, reclamando cuando la situación lo requiera. Cuidaré de los cuidadores con el mismo esmero que cuido a los pacientes. Me batiré el cobre ante los especialistas cuando urja una valoración o una prueba diagnóstica a un paciente de mi cupo y tenga una lista de espera no asumible. Me interesaré cuando ingresen a mis pacientes. Procuraré que mis pacientes fallezcan en casa. Lo primero que haré cuando visite a la familia tras el fallecimiento, será dar la enhorabuena a los cuidadores principales por el trabajo que han hecho y les haré sentirse orgullosos.

El *profe* nos dio las redacciones el viernes y me puso un tres. Al salir le pregunté si no le había gustado y me dijo: “Chaval, tanto prometer...; parece que lo que quieres es ser un político”. Pensé que para médicos de cabecera que quieren ser políticos ya están los de las gerencias. Por más que le he dicho, mi padre me ha castigado sin salir y sin paga el fin de semana. Al meterme en la cama el sábado, cerré los ojos fuertemente y conté hasta tres a la inversa, a ver si se cumplía mi sueño. ■

Cosmetic SURGERY TIMES



**SUSCRÍBASE
POR SÓLO 10 €
DE GASTOS
DE ENVÍO**

**Suscríbese a la revista
más actualizada
sobre cirugía
y medicina cosmética**

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Manuel Jurado • Dpto. Suscripciones
Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1º • 28041 MADRID
Telf.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75
suscripciones@drugfarma.com

Lo mejor de lo publicado

Un resumen de los últimos artículos más relevantes de la bibliografía internacional.



Sección elaborada conjuntamente con la revista electrónica *C@p* de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria a través de la que puede acceder al texto completo (<http://www.cap-semfyc.com>).

ENDOCRINOLOGÍA

Nueva herramienta de autoevaluación para la diabetes sin diagnosticar

Ann. Intern Med. 2009;151:775-783 [Enero, 2010]

Investigadores de la Universidad de Weill Cornell Medical College de Nueva York han creado un nuevo modelo de valoración de riesgos y una encuesta sencilla de autoevaluación capaz de identificar a las personas en que debería comprobarse la presencia de diabetes. Los investigadores usaron los datos de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) para desarrollar un modelo capaz de determinar el riesgo de diabetes entre los sujetos sin diagnosticar. Los investigadores hallaron que las características asociadas a la diabetes sin diagnosticar son los antecedentes familiares de diabetes, los antecedentes de hipertensión, la obesidad, la edad, el sexo y la actividad física.

mayores de 130 mg/dL, la razón de riesgos instantáneos era de 1,84; con niveles de triglicéridos mayores de 150 mg/dL, de 1,63; y con un cociente colesterol total/C-no-HDL superior a 5, de 2,19.

■ El tratamiento por hormonas puede reducir la mortalidad por insuficiencia cardíaca

J Am Coll Cardiol, 2010;55:53-60. [Enero, 2010]

Monitorizar los niveles plasmáticos del péptido natriurético de tipo B N-terminal (NT-proBNP) para orientar el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aumenta la supervivencia a tres años de los pacientes de 75 o menos años en comparación con el control clínico intensivo o la atención habitual, según investigadores de la Universidad de Otago en Nueva Zelanda. Los investigadores aleatorizaron a 364 pacientes con insuficiencia cardíaca para recibir tratamiento guiado por el control de los niveles de NT-proBNP, control clínico intensivo o la asistencia habitual. Las tres estrategias terapéuticas se sostuvieron durante dos años y el seguimiento prosiguió durante tres años.

■ La bebida puede mejorar la memoria en la enfermedad de Alzheimer leve

Alzheimer's & Dementia. 2010;1:1-10.e1. [Enero, 2010]

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer muy leve muestran mejorías de la memoria después de tomar una bebida con múltiples nutrientes diseñada para mejorar la formación de sinapsis, según investigadores del Centro Médico Universitario VU de Amsterdam. Asignaron al azar a 225 pacientes con enfermedad de Alzheimer leve para recibir Souvenaid, la bebida de múltiples nutrientes, o una bebida de control una vez al día durante 12 semanas. Los investigadores hallaron que Souvenaid se toleraba bien y que los pacientes que la tomaban tenían mejorías significativas en las pruebas de recuerdo verbal diferido.

■ El 'truco de la tos' ayuda a los niños a afrontar las inyecciones

Pediatrics. (on line) (Enero, 2010) <http://pediatrics.aappublications>.

Hacer que los niños tosan en el momento de insertar la aguja durante las vacunaciones rutinarias puede reducir

■ El colesterol de LDL no es el único culpable de la patología cardíaca

J Am Coll Cardiol, 2010; 55:35-41. [Enero, 2010]

Aunque el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) es normalmente la diana principal de los tratamientos hipolipemiantes, los niveles altos de colesterol de lipoproteínas distintas de las de alta densidad (C-no-HDL) y de triglicéridos, y la elevación del cociente entre colesterol total y C-no-HDL también conllevan un riesgo mayor de cardiopatía coronaria (CC), según investigadores del Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Quebec. Estos analizaron los datos basales relativos al modo de vida y los perfiles séricos de 21.448 sujetos del estudio *European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition* que no presentaban diabetes ni cardiopatía. Los investigadores hallaron que los sujetos con niveles bajos de C-LDL (menos de 100 mg/dL) tenían un mayor riesgo de presentar CC cuando los demás lípidos estaban altos: con niveles de C-no-HDL

la percepción del dolor, según investigadores de la Clínica Mayo. Estudiaron a 68 niños de 4 a 5 años y de 11 a 13 años que estaban recibiendo las vacunas habituales. Animaron a varios niños elegidos al azar a realizar el truco de la tos durante la primera o la segunda vacunación. El truco de la tos consistía en una tos de “calentamiento” seguida de una segunda tos durante la cual se realizaba el pinchazo con la aguja. Los pacientes referían el dolor percibido y se anotaban también las observaciones de padres y enfermeros. En los niños blancos hispanoamericanos y no hispanoamericanos se observó que el procedimiento era eficaz, no así entre los participantes negros no hispanoamericanos.

■ Las cucharas de cocina puede causar errores de dosificación

Ann. Intern Med. 2010;152:66-67. [Enero, 2010]

Usar cucharas de cocina para medir un medicamento líquido conduce a errores posológicos que son pequeños, pero que podrían acumularse con el tiempo, según investigadores de la Universidad Cornell. Estos realizaron un estudio de 195 estudiantes universitarios que recientemente habían acudido a la clínica de la universidad durante la estación gripal y les pidieron que pusieran una dosis de 5 ml de un fármaco líquido en una cucharilla, una cuchara y un cucharón de mayor tamaño. Aunque los participantes confiaban en la exactitud de sus medidas en grado superior a la media, lo normal fue que las dosis servidas fueran un 8,4 por ciento menores en las cucharas y un 11,6 por ciento mayores en los cucharones, según pudieron comprobar los investigadores.

■ Dejar de fumar puede aumentar el riesgo de diabetes a corto plazo

Ann. Intern Med. 2010;152:10-17. [Enero, 2010]

Dejar de fumar se asocia a un aumento del riesgo de diabetes *mellitus* de tipo 2 a corto plazo, y entre los métodos empleados para abandonar el tabaquismo de deben incluir la prevención de la diabetes y medidas de detección precoz en los pacientes con riesgo, según investigadores de la Universidad Johns Hopkins. Realizaron un estudio en 10.892 adultos de mediana edad sin diabetes basal a los que siguieron durante nueve años. Durante el seguimiento, 1.254 participantes presentaron diabetes de tipo 2, y los situados en el tercil máximo de tabaquismo, medido en años-paquete, tenían un 42 por ciento más de

riesgo de presentar diabetes que quienes no habían fumado nunca. Los investigadores hallaron que las posibilidades de presentar diabetes de los ex fumadores, los ex fumadores recientes y los que seguían fumando eran un 22, 73 y 31 por ciento mayores que las observadas en quienes nunca habían fumado, respectivamente.

■ La función pulmonar afectada por el modo de vida y la primera infancia

Chest 2010;137:146-155 [Enero, 2010]

La función pulmonar en las personas de mediana edad se ve afectada por factores del modo de vida, como el tabaquismo, pero también por otros factores de la primera infancia, como el bajo peso al nacer y la infección respiratoria, según investigadores de la Universidad de Newcastle en el Reino Unido. Estudiaron a 252 sujetos nacidos en 1947, incluidos 167 que habían padecido infecciones pulmonares graves antes de los 5 años, y 85 controles. Los investigadores hallaron que la reducción de la función pulmonar medida mediante el volumen espiratorio forzado en un segundo (VEF₁) a los 14 años podía predecirse con los factores siguientes: índice de masa corporal bajo, menor estatura, lactancia natural inferior a cuatro semanas, cuadro respiratorio grave, tuberculosis o asma durante la infancia, y nivel socioeconómico inferior.

■ Los omega-3 pueden ser útiles para reducir la resistencia a la aspirina

J Am Coll of Cardiol. 2010;55:114-121. [Enero, 2010]

En los pacientes resistentes a la aspirina hay dos estrategias: el uso de ácidos grasos omega-3 más aspirina en dosis bajas o el de aspirina en dosis mayores —que se han asociado a mejores respuestas al fármaco—, según investigadores del Centro Médico Rabin de Petah Tikva, Israel. Los investigadores analizaron los datos de 30 pacientes con arteriopatía coronaria estable y resistencia a la aspirina que se aleatorizaron para recibir aspirina e dosis bajas y cápsulas de ácidos grasos omega-3 ó 325 mg de aspirina al día durante 30 días. Los investigadores hallaron que ambas estrategias se asociaban a menor agregación plaquetaria y niveles plasmáticos más bajos de tromboxano B₂, lo que indica una mejor respuesta a la aspirina. Se observó que la mayoría de los pacientes de ambos grupos ya no eran resistentes a la aspirina, según los criterios del estudio.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:





Líderes en la prevención



difteria, tétanos, meningitis, rubéola, sarampión, **cáncer de cuello de útero por virus del papiloma humano**

rubéola, **gripe**, tósterina, meningitis, sarampión, rabia, hepatitis-B, tétanos,

cáncer de cuello de útero por virus del papiloma humano

herpes zóster, sarampión, meningitis, tétanos, fiebre tifoidea, poliomielitis

gastroenteritis pediátrica por rotavirus neumonía neumocócica,

difteria, rubéola, **varicela**, sarampión, difteria, tósterina, sarampión, meningitis, rubéola,

gripe, poliomielitis, sarampión, hepatitis-B, varicela



sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

Cultura

LIBROS

La prevención del cáncer colorrectal en España

Con el fin de dar a conocer y difundir la importancia del cáncer de colon y recto, así como proporcionar las medidas encaminadas a su prevención, cinco sociedades científicas –la Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Epidemiología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Oncología Médica y la Sociedad Española de Oncología Radioterápica–, la Asociación Española Contra el Cáncer y la asociación de pacientes Europacolón-España, han decidido unir esfuerzos y constituir la Alianza para la Prevención del Cáncer Colorrectal en España. Fruto de este acuerdo nace la edición de la obra *La prevención del cáncer colorrectal en España*, –dentro de la colección Docencia Universitaria que realiza el Aula de Estudios Avanzados de la Fundación Tejerina–, y cuyo objetivo es divulgar la situación actual de esta enfermedad en España, así como los distintos planteamientos para su prevención desde el punto de vista de los diferentes profesionales implicados.



Título: *La prevención del cáncer colorrectal en España.*

Coordinadores: Fernando Bandrés, Antoni Castells y Juan Diego Morillas. Fundación Tejerina
192 páginas

EXPOSICIONES

El Renacimiento en Aragón

Hasta el próximo 20 de mayo el Museo de Zaragoza (Plaza de los Sitios, 6) acoge una muestra sobre el arte renacentista, que reúne 118 piezas de arte finales del siglo XV (como preámbulo) y de todo el siglo XVI, el del Renacimiento aragonés, el siglo de las nuevas formas, del comercio, de los palacios, de la Corte de Carlos V, la música polifónica, la universidad, el humanismo y la imprenta. La exposición viene avalada desde los museos de Bellas Artes de Bilbao (de junio a octubre de 2009) y de San Pablo, de Valencia (de octubre hasta enero), con un total global de 70.000 visitantes.



Primera retrospectiva de Schütte

Las obras de Thomas Schütte llenan el Museo Reina Sofía en la primera gran retrospectiva que se celebra en España dedicada al artista alemán, en la que se recorren 35 años de su carrera. La muestra reúne las más de 75 obras de distintas disciplinas artísticas y diferentes formatos que dan una singular y extensa visión de la obra de Schütte, considerado como uno de los artistas alemanes más importantes de su generación. La muestra se puede visitar hasta el próximo 17 de mayo en el Museo Reina Sofía (C/ Santa Isabel, 52. Madrid).



TEATRO

El mercader de Venecia en el Teatro Alcázar

El madrileño teatro Alcázar (C/Alcalá, 20) acoge la obra de William Shakespeare *El mercader de Venecia*, bajo la dirección de Denis Rafter e interpretada por Marta Hazas, Fernando Conde y Manuel Regueiro. Clasificada por la crítica como comedia romántica, fue escrita un poco antes de 1598 y se representó por primera vez en el año 1600. Como todas las comedias, tiene una trama amorosa como acción principal y una acción secundaria, también amorosa y más romántica, que es la que protagonizan Yésica, la hija del judío, y Lorenzo. Se trata de un montaje en el que su director ha tratado de mostrar la humanidad de todos los personajes. Según explica Rafter, "más que nada Shakespeare es un cuentacuentos. Queremos explicarlo así, como una historia. No buscamos el racismo ni las relaciones amorosas entre unos u otros. Shakespeare está por encima de estos detalles".



Internet

Un millón de españoles estafados en la red

Las denuncias por *phising* se dispararon el 25 por ciento en 2009, según los datos de Legálitas, extraídos de cerca de 400 consultas realizadas por sus clientes, casi el 2 por ciento de todas las reclamaciones bancarias tramitadas por los servicios jurídicos de la empresa española. Hay denuncias especialmente graves, como una registrada recientemente que con-



El 3,8 por ciento de la población ha sufrido un fraude electrónico.

sistió en realizar dos transacciones por vía informática, —de 3.000 euros cada una— en un intervalo de poco más de dos horas, posteriormente cobradas en una sucursal bancaria.

El aumento del fraude ha sido también constatado por el último estudio del Instituto Nacional de Tecnologías

de la Comunicación (Inteco), pese a lo cual el nivel de confianza de los usuarios en Internet para realizar transacciones económicas es alta: 6 de cada 10 internautas dicen tener mucha o bastante confianza en este canal, incluso por encima de la utilización del servicio presencial.

Otra cosa es lo que opinan las víctimas del fraude, si es que ello conlleva un perjuicio económico, que a veces reconocen dejar de utilizar el sistema; aunque, incluso entre estos usuarios, la tasa de abandono es minoritaria, en torno al 4 por ciento.

Según el estudio de Inteco, el 3,8 por ciento de la población española usuaria de Internet denuncia haber sufrido una pérdida monetaria derivada de un fraude electrónico; y dado que —según el Instituto Nacional de Estadística— el número de internautas en España asciende a 24,3 millones, alrededor de 920.000 personas habrían sufrido alguna vez una estafa a través de la red.

En cuanto a los timos más frecuentes y de mayor cuantía, provienen del sector financiero, y a continuación de las *web* de loterías, las de compras *on line*; operadoras de telecomunicaciones y redes sociales. ■

Sección patrocinada por



Salud y terapias naturales

Una *web* importante para adquirir buenos hábitos de vida, bajo el punto de vista físico y de equilibrio emocional. También nos ayuda a favorecer la convivencia con nuestras mascotas y ser más tolerantes.

<http://www.enbuenasmanos.com/>



Labores de los diputados

Ya se puede conocer a través de este enlace qué cargos y actividades desempeñan nuestros diputados, además de su labor parlamentaria. Se hecha en falta conocer su patrimonio.

http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Diputados/registro_intereses



CIBERCONSEJOS

La UE se critica a sí misma

El supervisor de la Protección de Datos de la Unión Europea, no llamado a consulta por Bruselas, critica a la UE por su aparente apoyo de medidas que violan derechos fundamentales garantizados por la UE, debido a la polémica ley de los tres avisos de Francia, bajo la cual se permite suspender de acceso a Internet a aquellos que se les acuse de piratear archivos tras haber sido advertidos en dos ocasiones previas.

Efecto 2000 en 2010

La consola más segura ha dejado de serlo por culpa del viejo efecto 2000, que llega con una década de retraso y afecta a todas las PS3 que no sean modelo Slim. El error 8001050F es el responsable de que consolas de todo el mundo estén modificando la fecha de su sistema a 1 de enero de 2000 en Europa y Asia. Se pierden partidas guardadas por el cambio de fecha, todo el contenido de PSNetwork queda inaccesible y se imposibilita reproducir algunos juegos.

Los jueves de Medical Economics®

Innovación y talento en el sector de la salud

Jueves, 6 de Mayo de 2010, 19.30h

Sede: Hotel AC Cuzco — Paseo de la Castellana, 133

Con la colaboración de



INSCRIPCIÓN GRATUITA. Plazas limitadas. Tel.: 91 500 20 77. Fax: 91 500 20 75.
e-mail: medeconomics@drugfarma.com. Persona de contacto: Rosana Sánchez

Golf



Golf solidario

Sergio García participa en Port Aventura

Catorce pruebas repartidas por toda la geografía española.

Sergio García ha tomado parte en la segunda edición del Pro-Am Port Aventura. Con este torneo, la BMW Golf Cup International regresa en su vigésimo segunda edición para deleite de todos los aficionados al deporte del golf. Catorce pruebas repartidas por toda la geografía española compondrán la primera fase de competición, en la que los ganadores conseguirán una plaza para la final nacional que se celebrará en La Sella Golf (Denia, Alicante), en el mes de octubre. La modalidad de juego se mantiene respecto a las ediciones anteriores: Stableford Individual Handicap con tres categorías:

Categoría A, caballeros con hándicap hasta 12,4; categoría B, caballeros con hándicap de 12,5 a 26,4, y categoría C, damas con handicap hasta 28,4.

De nuevo la BMW Golf Cup International se perfila como una de las más

importantes citas del calendario *amateur* en España. A sus magníficos premios se unen una exquisita organización, un trato sublime al jugador y un ambiente incomparable entre los mejores modelos de la marca bávara.



Sergio García, estrella en Port Aventura.

Por otra parte, Sergio García es el español mejor clasificado en el ranking mundial de golfistas, dominado por americanos e ingleses. El triunfo de Ian Poulter, de 34 años, en el Mundial Match Play (WGC) ha abierto una nueva vía para intentar un disloque en el orden mundial del golf: ahora es quinto en el escalafón y, de paso, apunta al emergente golf inglés en el concierto internacional.

El golf mundial sigue dominado por los estadounidenses (Tiger Woods, Steve Stricker y Phil Mickelson), pero el corazón de este deporte late, ahora mismo, con distinta fuerza a ambos la-

dos del Atlántico: los ingleses Lee Westwood, Poulter y Casey se han convertido en un frente común desde los puestos cuarto, quinto y sexto del escalafón.

El termómetro del golf lo encabeza aún con margen amplio el arrepentido Tiger Woods, aunque su vuelta a la competición es una incógnita; Stricker, segundo, cayó a las primeras de cambio en el torneo jugado por hoyos en Arizona; y Mickelson, tercero del mundo, renunció al Mundial Match Play por motivos familiares. La final del Mundial de Arizona entre ingleses (Poulter y Casey) explica la pujanza del golf de un país que trata con reverencia este deporte, casi con idéntica veneración que al fútbol o al *rugby*.

De los siete primeros de la lista mundial de golf cuatro son estadounidenses y tres ingleses. Desde la era de Nick Faldo, el golf inglés no vivía una pujanza similar. Poulter se ha convertido en el último eslabón de esa cadena. Sergio García, que terminó cuarto en el Match Play por detrás del colombiano Camilo Villegas, subió al puesto decimotercero. ■

I Torneo Benéfico de Golf AEAL

El próximo 17 de abril se celebrará, en las instalaciones de Retamares Casino Club de Golf (Valdeolmos, Madrid) el I Torneo de Golf a beneficio de la Asociación Española de Afectados por Linfomas, Mielomas y Leucemias (AEAL). Se prevé la participación de unos 220 golfistas procedentes de toda España, que jugarán según la modalidad de stableford, en función de las categorías establecidas, que son: 1ª categoría con handicap hasta 16 y 2ª categoría con handicap de 16,1 hasta 28. Conjuntamente con los tres primeros clasificados, se destacarán a los primeros clasificados en damas, socios de AEAL y campeón *scracht*, a quienes se les entregará una copa acreditativa. Al inicio de la competición cada participante recibirá una caja de bolas y polo conmemorativo del evento. Las inscripciones se realizarán en el Caddy Máster del Club, bien personalmente o por teléfono, llamando al número 91 620 25 40/26 41.