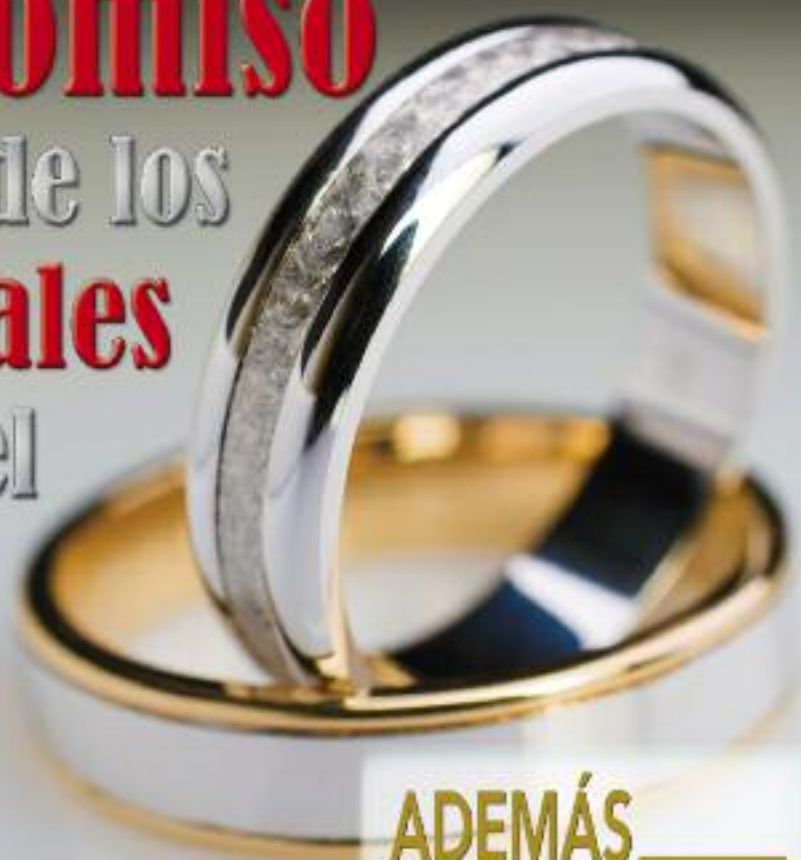


# Medical Economics®

www.medecoes.com

Nº 130 30 de abril de 2010 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

## El compromiso de los profesionales con el sistema



ADemás

RENDA  
2009

(pág. 42)

# PROGRAMA AAP 2010

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



BILBAO  
4 de mayo  
Palacio de Congresos  
Euskalduna

GRANADA  
13 de mayo  
Hotel Andalucía  
Center

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: [www.livemed-spain.com](http://www.livemed-spain.com)

  
**LIVEMED**<sup>®</sup>

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*

27 EN PORTADA

# El compromiso de los profesionales con el sistema

Los profesionales de la salud dan muestras, una y otra vez, de su compromiso con el sistema sanitario público. Sin embargo, las administraciones sanitarias dilatan las reformas que propugnan. Un informe de la Fundación SIS, elaborado a partir de una consulta a destacados profesionales de la salud, detalla el deseo de éstos de que el sistema sea más democrático y admita su corresponsabilidad en las decisiones de servicio público y política sanitaria.



## ECONOMÍA DE LA SALUD

### 14 Prevalencia del dolor en la población española

Cuantificar y clasificar el dolor es una ardua tarea debido al subjetivismo con que éste se puede describir. Aún así, numerosos estudios han intentado abordar la prevalencia del dolor en la población española.

## VIDA PERSONAL

### 39 Trabajar con amor

Muchas veces la profesionalidad no depende del grado de conocimientos, sino de la capacidad para transmitir a los que nos rodean. La autora del relato ahonda en la idea de los beneficios adicionales, tanto para el médico como para el paciente, de afrontar el trabajo diario con amor.

## PRÁCTICA PROFESIONAL

### 34 Llamadas a medianoche

Las molestas guardias telefónicas pueden ser un motivo de disensión entre los diferentes miembros de la consulta. Abordar el tema de forma directa es la mejor opción para una solución que contente a todos los implicados.



# 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](mailto:congreso@administrativosdelasalud.com)

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



## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaria de redacción

Almudena Caballero Dfáz  
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 **La Lanceta**
- 6 **Profesión/Finanzas**

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 8 **Gestión en Atención Primaria**  
Calidad democrática y salud
- 12 **Normativa**
- 16 **Gestión de Calidad. Enfermería**  
Prescripción enfermera
- 41 **Informática**  
Prestación no presencial de servicios sanitarios
- 42 **Renta 2009 (I)**  
Plazos y exenciones

## Y ADEMÁS...

- 18 **Sanidad autonómica**  
Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha
- 44 **Journal Scan**
- 46 **Las tres de últimas**



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que las administraciones están a la altura del compromiso mostrado por los profesionales con el sistema sanitario?

Participe a través de nuestra web:  
[www.medeco.es](http://www.medeco.es)

\* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics

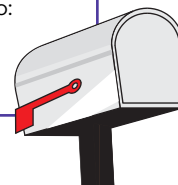


## ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de [www.medeco.es](http://www.medeco.es) 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.medeco.es](http://www.medeco.es)



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.



# La Lanceta

## Soltar lastre

La crisis aprieta, se impone la reducción del gasto público. En esa dinámica se halla el Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero. Y cada miembro de su Gabinete, en la medida de sus posibilidades y más allá de lo establecido en los Presupuestos Generales del Estado para 2010, toma la tijera y corta por aquí y recorta por allá.

Realizar esa operación en el sistema sanitario público requiere, además de voluntad política, un par de... tijeras: las del Ministerio de Sanidad y las de las comunidades autónomas, cuyo consenso, como es bien conocido, choca frecuentemente con las mayorías que se forman en el Parlamento y con la dirección de los partidos.

Es cierto que existe una plataforma de acción, teóricamente conjunta, para la sostenibilidad futura del Sistema Nacional de Salud (SNS), que es el Pacto por la Sanidad, cuyas recomendaciones se darán a conocer, según lo anunciado, antes del próximo verano. Pero este pacto contempla tal complejidad de medidas que se antoja muy difícil que de él salga un acuerdo global y en tiempo razonable. "Espero que el pacto sea una realidad en 2013", afirmó recientemente la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez.

De ahí que Jiménez, no en vano conocida como *la ministra del consenso*, prefiera pájaro en mano que ciento volando, y haya puesto toda la carne en el asador para arrancar, de la reunión del Consejo Interterritorial del pasado 18 de marzo, importantes compromisos formales de cara a la sostenibilidad del SNS, al tiempo que contribuía al esfuerzo del Ejecutivo por contener el gasto público.

Dichos compromisos se podrían dividir en dos categorías: los urgentes y los de gran calado. Las medidas urgentes son de tipología finalista y se encaminan a ahorrar 1.500 millones de euros en fármacos este

año, que se sumarán a la contención del gasto público global. A ello contribuirán la modificación de los precios de referencia de los medicamentos y el impulso del consumo de los genéricos. Farmaindustria, debido al consenso político alcanzado (la resolución fue aprobada por unanimidad en el Congreso el pasado 14 de abril), no ha tenido más remedio que aceptar dichas medidas, aunque las ha calificado de "muy duras".

Entre los acuerdos destinados a materializarse a medio plazo, de alcance nacional, figuran el establecimiento de un tiempo máximo de espera quirúrgica, un calendario único de vacunas y la implantación de la historia clínica digital común. Hubo más en esa reunión, algo que ya ha suscitado polémica: la adopción de "criterios comunes" para homogeneizar (lo que no quiere decir unificar, como algunos temen) las retribuciones del personal sanitario de todas las comunidades autónomas, y para crear un registro único de profesionales.

Los acuerdos y compromisos alcanzados no garantizan la sostenibilidad futura del SNS —eso lo hará en su caso el Pacto por la Sanidad—, pero, *a priori*, cumplen dos objetivos: ayudar a sacar las castañas del fuego a Rodríguez Zapatero en la reducción del gasto público (todos hemos de armar el hombro y algunos, además, dar ejemplo) y adelantar acuerdos, o compromisos para su aprobación, en medidas contempladas en el pacto.

Es como si Trinidad Jiménez fuera soltando lastre por si dicho pacto, al final, resultara un fiasco o muy mermado de contenidos viables y sostenibles. Una buena maniobra realizada en un día en el que Juan José Güemes se despedía de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (también soltando lastre, por cierto) para embarcarse rumbo a la empresa privada. Suerte, ex consejero. ■



Gonzalo San Segundo\*

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 3.000

millones de euros deben las comunidades autónomas a los proveedores de productos sanitarios.

### 269

días de media se demoran las comunidades en abonar esas facturas.

### 2.700

millones adeudan a los proveedores de fármacos.

### 280

días tardan de media en pagar los productos farmacéuticos.

### 60

días es el período máximo para pagar que establece la Ley de Contratos del Sector Público.

Fuentes: FENIN y Farmaindustria.

## SISTEMA SANITARIO

### La receta electrónica reduce hasta un 30% las visitas al médico

La experiencia de las cuatro comunidades (Andalucía, Extremadura, Baleares y Cataluña) que ya han implantado el sistema de receta electrónica señala este método como una efectiva manera de aligerar la carga burocrática de los médicos. En todos los casos se han registrado descensos significativos en el porcentaje de visitas al médico, puesto que con la receta electrónica el paciente sólo ha de acudir a la farmacia con su tarjeta sanitaria para que el farmacéutico sepa qué le debe recetar.



Así, en Andalucía la carga asistencial de los ambulatorios se ha reducido en un 20%; en Baleares, durante el segundo año de implantación el descenso ha sido del 22,8% en las consultas a médicos y del 34,8% en las de enfermería; en Extremadura las visitas a ambulatorios descendieron cerca de un 30%; y en Cataluña, donde el sistema se adoptó en octubre del pasado 2009, el descenso fue del 3% en sus primeros meses.

## COLEGIOS PROFESIONALES

### La OMC celebra el II Congreso de la Profesión Médica

Los pasados días 16 y 17 de abril se celebró el II Congreso de la Profesión Médica, organizado por la Organización Médica Colegial (OMC), donde se abordaron buena parte de las cuestiones de mayor relevancia de la agenda actual de la profesión médica. El congreso estaba dirigido a toda la estructura intermedia de la OMC, cargos y responsabilidades elegidos democráticamente, es decir, juntas directivas y comisiones deontológicas. En el programa se incluían cuestiones como regulación del aborto, eutanasia, píldora anticonceptiva de emergencia, objeción de conciencia, cuidados paliativos, colegiación obligatoria, validación periódica de la colegiación, buen gobierno de centros e instituciones sanitarias, troncalidad, modelo retributivo, ética de la prevención, modelo de ejercicio profesional y nuevos modelos de protección social de los médicos. El objetivo era definir la postura común, obtenida mediante votación, ante cada una de estas cuestiones.



## PACIENTES

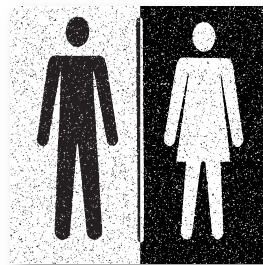
### El Foro Español de Pacientes se consolida como órgano de representación

Desde su creación en 2004, el Foro Español de Paciente (FEP) no ha dejado de crecer y ganar en representatividad gracias al incremento constante de socios y a la planificación de una completa agenda política. En la actualidad, el FEP agrupa 1.043 asociaciones, una sociedad científica y 686.196 socios. En lo que va de año, destaca la incorporación de la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, que se ha convertido en la primera sociedad científica miembro corporativo del Foro. Albert Jovell, presidente del FEP, comentaba al respecto de la evolución del organismo que "en estos casi seis años, el FEP ha conseguido representar a los pacientes españoles en Europa a través del *European Patient Forum*, y en diversas posiciones de responsabilidad dando voz a estos y promocionando sus derechos".

## PROFESIÓN MÉDICA

## Un estudio confirma la desigualdad salarial en la enseñanza de Medicina en EE.UU.

Si bien ya se sabía que existían diferencias salariales entre hombre y mujeres, un estudio de Mongan Institute for Health Policy del Massachusetts General Hospital, publicado por *Academic Medicine*, ha ahondado en esas diferencias, además de enfrentarse a la incógnita de si los logros académicos pueden salvar esas diferencias. Y a tenor de lo publicado, la respuesta es no. El estudio afirma que incluso las mujeres altamente cualificadas en el área de la medicina académica reciben salarios más bajos, entre 6.000 y 15.000 dólares menos al año, que sus compañeros hombres en la misma situación. Además, los resultados demostraron que las mujeres que alcanzan el grado de profesor titular de una universidad trabajan más horas a la semana que sus colegas masculinos en el mismo puesto.



## LEGISLACIÓN

## El Tribunal de Justicia de la UE admite límites en el acceso de extranjeros al MIR

Coincidiendo con las denuncias de la OMC ante varios ministerios por la excesiva contratación de médicos extranjeros, llega una sentencia del Tribunal de Justicia de la UE que podría aplicarse en nuestro país, dado el creciente número de estudiantes extranjeros que compiten en España por la plazas MIR. El Tribunal ha manifestado que sólo se pueden limitar las matrículas al resto de europeos cuando se ponga en liza el sistema sanitario nacional. Además, la sentencia afirma que provocar una desigualdad por nacionalidad está prohibido, "a menos que esté justificada objetivamente" y que "corresponde al juez nacional valorarlo". Para realizar esta valoración, habrá que comprobar "la existencia de verdaderos riesgos para la protección de la salud pública", de modo que se mantenga el equilibrio entre la formación de los futuros profesionales y el objetivo de perpetuar un servicio sanitario de calidad.



## EMPRESAS

## Novartis mantiene su liderazgo en el sector farmacéutico

Según los últimos resultados del Informe Merco (Monitor Español de Reputación Corporativa), Novartis Farmacéutica sigue siendo la primera por sectores y la única compañía farmacéutica entre las 70 primeras empresas del *Ranking* General de Empresas 2010. La compañía ocupa el puesto 42, con 4.042 puntos en la clasificación, del *ranking* general de empresas. Asimismo, Jesús Acebillo, presidente de Novartis, con una puntuación de 2.774 puntos, asciende a la posición 29 entre los 100 directivos más reputados e influyentes en España, y el primero del sector farmacéutico.



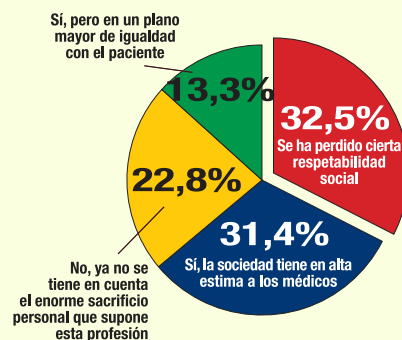
Jesús Acebillo, presidente del Grupo Novartis en España, quien manifestó su satisfacción tras conocer que, por sexto año consecutivo, su compañía lidera el *ranking* sectorial MERCO de empresas farmacéuticas, señaló que "el sector farmacéutico puede considerarse, posiblemente, como el más intervenido por las administraciones públicas y, al mismo tiempo, el que más aporta al esfuerzo de investigación y desarrollo biomédico".

## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medecoos.com

## Medical Economics

¿Cree que hoy día la sociedad respeta al profesional médico?



Aunque la mayoría de los encuestados (32,5 por ciento) considera que se ha perdido un cierto grado de respetabilidad social, aún hay una buena parte de la muestra (31,4 por ciento) que opina que el prestigio social de la profesión médica sigue siendo elevado. Por otra parte, un 22,8 por ciento piensa que ya no se tiene en cuenta el enorme sacrificio personal que supone dedicarse a la medicina, mientras que un 13,3% cree que el respeto no ha menguado pero que los pacientes ahora exigen un tratamiento más igualitario y más explicaciones.

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

# Gestión en Atención Primaria

## Calidad democrática y salud



Ramón Morera i Castell\*

» Se considera que un sistema democrático es de calidad cuando pone a disposición de la ciudadanía otros instrumentos para que contribuyan a la concreción de las acciones de los poderes públicos

» La participación civil, a través de entidades y otras organizaciones sociales debe continuar en la agenda política y en los planes de los gestores sanitarios

La democracia es la mejor fórmula de gobierno demostrada hasta la fecha, aunque sólo una pequeña parte de la población mundial disfrute de sus bondades. No hay duda. Sin embargo, las democracias tienen sus amenazas y enemigos que las desgastan y deterioran, que les hacen perder credibilidad y que, a fin de cuentas, las debilitan. Estas situaciones acaban perjudicando no únicamente a los políticos sino también al conjunto de la sociedad, causando desafección en los ciudadanos y pueden llegar a generar extraños fenómenos.

La política es esencial. La importancia de la cosa pública requiere que por encima de los enormes aparatos administrativos y gestores de las administraciones se sitúen responsables políticos con la misión de establecer las políticas que más puedan convenir a la comunidad que representan. Políticos de los partidos en los que los ciudadanos han depositado su confianza a través de los procesos electorales.

Pero democracia no es sólo poder votar periódicamente, entre todos podemos cuidarla y desarrollarla. La democracia puede deteriorarse por muchos fenómenos como la corrupción de una minoría, el mal funcionamiento de grandes instituciones o por la pérdida de credibilidad de las organizaciones políticas.

Se considera que un sistema democrático es de calidad cuando, además de garantizar el ejercicio de los derechos políticos y la celebración de elecciones libres, pone a disposición de la ciudadanía otros

instrumentos y canales para que contribuyan a la concreción de las acciones de los poderes públicos, ya sea de manera proactiva, presentando propuestas, o reactiva, manifestando el desacuerdo con estos poderes públicos.

La salud es uno de los ámbitos esenciales para el bienestar de las personas y de las comunidades. En este sentido, la intervención política es ineludible. Nuestra sociedad merece que este ámbito de acción política se desarrolle y enriquezca con aportaciones que incrementen la calidad democrática.

Propuestas para mejorar la calidad democrática en el gobierno del sistema sanitario

- **Transparencia.** La madurez de los sistemas de información sanitaria, el consenso en los indicadores y los procesos sistematizados de evaluación de los servicios, nos permiten disponer de información relevante no únicamente para las organizaciones y la administración sino también para el conjunto de la sociedad. ¿Por qué no vamos instaurando la costumbre de publicitar los resultados más relevantes para los ciudadanos, como ejercicio de transparencia y de rendimiento de cuentas?

- **Participación.** Mucho se ha hablado de la participación en el ámbito de la salud y no son pocos los "fracasos" de distintas experiencias más o menos entusiasmadas. La participación es uno de los grandes ejes de la democracia, y va desde la participación electora a nuevas formas de participación. Distingo tres áreas de par-



ticipación complementarias: la participación local, la participación civil y la participación profesional.

Los representantes electos locales tienen la legitimidad de representación democrática y tienen que poder participar en los problemas y decisiones que afecten a su comunidad; por lo tanto, hay que crear los espacios y formatos adecuados y garantizar la comunicación entre la red sanitaria y los ayuntamientos.

La participación civil, a través de entidades, asociaciones de vecinos y otras organizaciones sociales es un viejo reto a resolver, pero debe continuar en la agenda política y en los planes de los gestores sanitarios. En Cataluña, se está desarrollando una interesante experiencia de institucionalización de espacios de participación entre la administración sanitaria, la administración local y la sociedad civil, llamada Gobiernos Territoriales de Salud (GTS) donde se discuten aspectos sanitarios locales haciendo posible cierta descentralización de la toma de decisiones.

Finalmente, la participación profesional pretende impulsar la implicación de los profesionales sanitarios y, especialmente, de los líderes profesionales. No habrá un buen gobierno de los servicios sanitarios sin una estructura definida de participación de los profesionales y de las profesiones sanitarias.

• El debate. El respeto y el fomento del debate sobre las políticas públicas es un ejercicio enormemente sano para cuidar la calidad democrática de cualquier país. El miedo de algunos políticos, miembros de la Administración y gestores que les lleva a deslegitimar los foros de debate tiene que ser superado. También en Cata-

luña un buen ejemplo de nuevo foro de debate sobre las políticas de salud, especialmente las que afectan a los servicios comunitarios, no ha sido bien recibida por parte de las autoridades. El FoCAP, Fòrum Català de Atención Primaria, se creó con el objetivo de facilitar el debate y aportar nuevas reflexiones al desarrollo de la Atención Primaria en Cataluña; y que es un buen ejemplo de democracia participativa.

• Independencia. Las políticas públicas se deben exclusivamente a los ciudadanos. La excesiva influencia de legítimos *lobbies* de presión empresarial o de otro tipo, cada día más poderosos, obligan a políticos y gestores a mantener la independencia a la hora de tomar sus decisio-

nes. En este sentido empieza a haber seria incredulidad por parte de los ciudadanos en relación a ciertas recomendaciones de la Administración (un ejemplo, entre otros, es lo que ha sucedido con la vacunación Gripe A) que, sin duda, merman

la necesaria confianza entre el ciudadano y la administración sanitaria.

En salud, al igual que en política, es necesario y posible un mayor desarrollo democrático. Nuestra sociedad se merece unos servicios de salud y unas políticas de salud cada día de mayor calidad, incluyendo la dimensión democrática de su gobernanza. Mayor transparencia, participación, independencia y debate son propuestas de desarrollo de mejora que deben ser auspiciadas y promovidas por la administración y las organizaciones sanitarias. Los profesionales del sistema sanitario también debemos ser impulsores de las iniciativas que permitan más democracia en nuestro sistema de salud. ■

**“Democracia no es sólo poder votar periódicamente, entre todos podemos cuidarla y desarrollarla”**

Sección patrocinada por:

 **Almirall**  
Soluciones pensando en ti

Francisco Vicente Fornés, presidente de la SEMST

## “La Medicina del Trabajo está alcanzando cada vez un mayor reconocimiento social”

*La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), sociedad científica fundada en 1955 y constituida por una federación de sociedades autonómicas que agrupa a más de 3.200 profesionales de la Medicina del Trabajo y de la Prevención de Riesgos Laborales, celebra en Valencia del 5 al 7 de mayo su XIII Congreso, en el que se abordarán los nuevos retos de la especialidad.*

### ¿Qué objetivos se han propuesto alcanzar con la celebración del XIII Congreso Nacional de la SEMST?

Nuestra especialidad se está enfrentando a algunos retos muy importantes y desde este XIII Congreso de la SEMST, vamos a intentar afrontarlos, de una forma decidida, para superarlos con éxito. Queremos que el Congreso sirva como oportunidad de intercambio y adquisición de conocimientos sobre los temas más importantes en salud laboral y prevención de riesgos laborales, y como respuesta a las actuales demandas de información científica de nuestra especialidad.



Francisco Vicente Fornés.

### ¿Cuáles son los temas más destacados que se tratan este año?

Se van a abordar la mayoría de los aspectos que constituyen el día a día de la Medicina del Trabajo y también del resto de disciplinas de la Prevención de Riesgos Laborales. Se tratarán temas de la máxima actualidad, como son los de riesgos psicosociales, la responsabilidad legal del personal sanitario del servicio de prevención, la promoción de la salud, las novedades en el tratamiento de la diabetes y de la hipertensión arterial, del síndrome metabólico, de la gestión de la prevención, de la igualdad en el trabajo, de la confidencialidad de los datos médicos, de las adicciones en el entorno del trabajador, de las vacunas en el medio laboral, en fin de multitud de temas del mayor interés.

### ¿Considera que la Medicina de Trabajo ha conseguido ganar atractivo ante la sociedad y ante los nuevos profesionales?

La Medicina del Trabajo, que era la gran desconocida de la sanidad espa-

ñola, cada vez está alcanzando un mayor reconocimiento social, al conocer todas las personas más y mejor las actuaciones que llevan a cabo los médicos del trabajo, tanto en la empresa privada como en las mutuas de accidentes de trabajo y en los servicios de prevención y esto hace, junto con el déficit de profesionales tan importante que sufrimos y el cambio en sistema retributivo del período de formación, que cada vez sea tenida más en cuenta la Medicina del Trabajo a la hora de escoger especialidad los nuevos MIR.

### En el último año España ha sido un país muy activo en el entorno de la OSHA, ¿podría explicar la actual relación de la SEMST con la Agencia Europea?

Las relaciones de la SEMST con la *Occupational Safety and Health Administration*-Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, son fluidas y de colaboración en todos los temas que se plantean, aunque también

son mejorables, sobre todo teniendo en cuenta que la sede de la Agencia Europea se encuentra en nuestro país.

### ¿Cómo ve el futuro de la Medicina del Trabajo a medio y largo plazo?

Es una pregunta difícil, por un lado la veo con optimismo como una especialidad emergente, con un gran futuro y que cada vez se va a integrar más y mejor en la asistencia primaria, con un incremento en las relaciones con los médicos de atención primaria, con los especialistas, con los médicos del INSS, etc., llegando en un futuro no muy lejano a la implantación de la historia clínica única, que se pueda actualizar y consultar desde todos los ámbitos de la sanidad, desde los centros hospitalarios pasando por las mutuas de accidentes de trabajo y los servicios médicos de las empresas hasta la asistencia primaria y especializada.

Para conseguir esto es fundamental la participación de los médicos del trabajo, que somos los que mejor conocemos a los trabajadores. Pero también veo una parte pesimista, cuya resolución está en manos de la Administración, y es el importante déficit de especialistas en Medicina del Trabajo que hay y las pocas plazas de formación MIR que se ofertan cada año. Esto nos puede llevar a una situación imprevisible, la Ley exige la participación de unos profesionales y no hay profesionales por que no hay posibilidad de formarse. Para buscar soluciones será necesario que desde la Administración intenten dialogar con las Sociedades Científicas más representativas del sector, y la SEMST es la más representativa por su número de socios. ■

# INCOSOL

## CENTRO MÉDICO

TODAS LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS,  
TRATAMIENTOS DE BELLEZA Y PROGRAMAS A MEDIDA  
EN INCOSOL CENTRO MÉDICO.

Con más de 30 años de experiencia en el cuidado de la belleza, la salud, el relax y el bienestar, Hotel Incosol Medical SPA & Resort le ofrece instalaciones de lujo, un completo Circuito SPA Terapéutico, la tecnología más moderna y completa del sector, el mejor servicio, un equipo médico altamente cualificado en materia de medicina preventiva y más de 60 profesionales de la salud que le guiarán para seguir el programa que mejor se adapte a sus necesidades.

Alta gastronomía, deporte, programa de actividades diarias, diversión y mucho más que hará de su estancia un inolvidable recuerdo en un Paraíso Verdadero de Cinco Estrellas.

RELAX Y BELLEZA  
ESTÉTICA MÉDICA AVANZADA  
DERMATOLOGÍA  
ADELGAZAMIENTO  
CHEQUEOS MÉDICOS  
UNIDAD DEL SUEÑO  
ANTIESTRÉS Y STOP TABACO  
CONTROL DIABETES  
COLONOSCOPIA VIRTUAL  
ANDROLOGÍA  
ESCUELA DE ESPALDA

*Su Salud, nuestro Secreto*



HOTEL INCOSOL MEDICAL SPA & RESORT S

Tel. (+34) 952 86 09 09 - Fax. (+34) 952 82 30 53 - E-mail: [repcionmedica@incosol.com](mailto:repcionmedica@incosol.com)

Urb. Golf Rio Real. C/ Incosol, s/n. Autavia Cádiz-Málaga, km.185 - 29603 - Marbella (Málaga) ESPAÑA

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

INCOSOL  
Hotel - Spa - Golf - Resort  
\*\*\*\*\*

# Normativa

## Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia de Lorenzo Aparici\*

### Hojas de reclamaciones en las clínicas

*¿Tenemos que disponer los médicos de ejercicio de libro de hojas de reclamaciones?*

La Comunidad de Madrid ha dictado recientemente una disposición por la que se aprueba el reglamento de la Ley 11/1998, de 9 de julio, de protección de Consumidores (BOCAM nº 17), que en su artículo 29 apartado segundo letra a), excluye de la obligación de disponer de hojas de reclamaciones a “los profesionales liberales en el ejercicio de las actividades por las que obligatoriamente tengan que estar colegiados cuando el Colegio Profesional legalmente reconocido disponga de Comisión Deontológica”.

De esta forma se intenta resolver el conflicto que viene produciéndose desde hace años, entre las normas que especialmente regulan el ejercicio de la profesión de médico y las inspiradas en la legislación de consumidores y usuarios. Y no podía ser de otra forma, máxime cuando la documentación que se exige por unas y otras no es la misma e, incluso, es contradictoria. Las listas de precios, que han de tener los establecimientos abiertos al público, no son adecuadas cuando se trata del ejercicio de una profesión en la que la prestación fundamental es de medios, y no de resultados, conforme ha sentenciado recientemente nuestro Tribunal Supremo y la contra-prestación a cargo del paciente no es un precio, sino la satisfacción de unos honorarios profesionales.

### Emisión de justificantes médicos

*¿Se pueden incluir en el justificante de baja datos relativos a la salud del paciente o usuario?*

La instrucción 2/2009, de 21 de diciembre emitida por la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (CAM) regula la emisión de justificantes médicos por parte de los centros sanitarios integrados en la Red Sanitaria Única de utilización pública de

la CAM en el caso de trabajadores que tengan que justificar su ausencia al trabajo motivada por enfermedad común o accidente no profesional, siempre que su ausencia no derive en la necesidad de solicitar un parte de baja, y en el caso de trabajadores que tengan derecho a permiso retribuido motivado por la enfermedad de un pariente o persona con la que existe una relación de hecho y se deba acreditar esta enfermedad.

La referida instrucción establece que en el contenido del justificante no podrá incluirse, ni directa ni indirectamente, el problema de salud del usuario o del familiar o allegado, es decir, que se establece que no pueden incluirse datos relativos al diagnóstico, pruebas realizadas, ni siquiera la denominación del servicio que ha atendido al paciente.

Cuando el justificante haya sido solicitado por el trabajador para probar la enfermedad de un familiar o allegado, para obtener el permiso retribuido correspondiente, el justificante debe acreditar únicamente una determinada situación de salud del tercero, sin que sea necesario recoger la identidad de la persona que va a solicitar la licencia, bastando con que se recoja la identificación del tercero que recibe la asistencia. Asimismo, en estos casos será necesario obtener previamente el consentimiento expreso de la persona que ha sido intervenida o se encuentra enferma. En el caso de que ésta estuviera inconsciente, incapacitada o fuese menor, se deberá verificar la relación existente entre las partes con anterioridad a la emisión del justificante, asumiendo en todo caso el trabajador la responsabilidad por el uso que haga del mismo. Sin embargo, no es necesario hacer constar la relación de consanguinidad o afinidad en el justificante, correspondiendo al trabajador acreditar, por cualquier medio válido en Derecho, la relación que les vincula, adjuntando la prueba correspondiente junto al justificante emitido al departamento de recursos humanos de su empresa. ■

» En un parte de baja no pueden incluirse datos relativos al diagnóstico, pruebas realizadas, ni siquiera la denominación del servicio que ha atendido al paciente.

» La Comunidad de Madrid excluye de la obligación de disponer de hojas de reclamaciones a “los profesionales liberales que obligatoriamente tengan que estar colegiados cuando el Colegio Profesional legalmente reconocido disponga de Comisión Deontológica”.

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

# medical finders

“de médico a médico”



Primera consultora española especializada  
en búsqueda y selección de médicos  
altamente cualificados

¿Está dispuesto a mejorar?

[www.medicalfinders.es](http://www.medicalfinders.es)

# Economía de la Salud

## en el Área de Dolor (IV)

### Prevalencia del dolor en la población española



Dolores Fraga\*

La definición del dolor es compleja por la diversidad de aspectos y variantes que presenta, según la Real Academia Española dolor es “una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior”. También lo definen como “sentimiento de pena y congoja”. La definición de dolor con más aceptación actualmente es la de la asociación internacional para el estudio del dolor (IASP): “el dolor es una experiencia sensorial (objetivo) y emocional (subjetivo) desagradable asociada con un daño tisular real (lesión) o potencial (patológico) o descrito en términos de dicho daño (como si ya existiera y fuera la causa)”.

En lo que al dolor se refiere existe un importante componente subjetivo, por lo que dificulta el conocer el nivel de dolor que un paciente padece, ya que no significa lo mismo para diferentes personas.

La clasificación de los distintos tipos de dolor también es compleja. Está aceptado que según la duración el dolor puede ser agudo, que es limitado en el tiempo con escaso componente psicológico, o crónico ilimitado en su duración (más de 3-6 meses) y suele acompañarse de componente psicológico. Si consideramos la fisiopatología puede ser somático (dolor localizado, punzante que se irradia siguiendo trayectos nerviosos; característico en las metástasis óseas); visceral (continuo y profundo, sin una clara localización; ejemplo metástasis hepáticas) y neuropático (punzante, quemante acompañado de parestesia y disestesias; ejemplo neuropatía periférica por quimioterapia). Y, según su origen, puede ser oncológico o no oncológico.

El dolor es una de las causas más frecuentes de la utilización de recursos sanitarios y un problema de salud pública debido a sus repercusiones socioeconómicas, por lo que algunos autores consideran que es una enfermedad social.

En este artículo abordaremos la prevalencia del dolor en la población española, entendiendo por prevalencia la proporción de la población con un problema específico en un punto o en un período en el tiempo.

Uno de los primeros estudios realizados en España se llevó a cabo en Cataluña, fue publicado en 1999, los resultados indicaban que la prevalencia del dolor en los últimos seis meses era elevada (78,6%), significativamente superior en mujeres y con tendencia a aumentar con la edad. Otro estudio realizado por la Sociedad Española del Dolor (encuesta SED 1998) en la población española (5.000 entrevistas telefónicas en población de entre 18 y 95 años) mostró una prevalencia del 29,6% de dolor el día anterior a la entrevista (37,6% en mujeres y 20,9% en hombres) y del 43,2% en la semana anterior. Este estudio coincidió con el anterior en la mayor prevalencia en las mujeres y su relación con la edad. Las localizaciones más frecuentes del dolor fueron las extremidades inferiores (22,7%) y la espalda (nivel cervical y lumbar, 21,5%), seguido por el dolor de cabeza (20,5%). La prevalencia del dolor crónico fue del 54% lo que representó un 23,4% de la población general española; las causas más comunes del dolor crónico fueron la artritis, el reumatismo y la migraña.

Entre noviembre de 2002 y enero de 2003 se realizó la encuesta *Pain in Europe*, la mayor encuesta llevada a cabo en Europa (46.000 sujetos de 16 países europeos). El objetivo principal de la misma fue estimar la prevalencia del dolor crónico en Europa, siendo los objetivos secundarios, entre otros, comprender y cuantificar las fuentes y causas que originan el dolor crónico y valorar el impacto en la calidad de vida. Un dato de interés es que España es el país con menor dolor crónico de entre todos los países participantes, un 11%, siendo la media de la encuesta del 19%. Esto

» España es el país con menor dolor crónico de entre todos los países participantes en la encuesta *Pain in Europe*.

» Según la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el 14,76% de la población española sufrió restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas dos semanas.

datos indican que 1 de cada 10 españoles presentan dolor crónico, siendo en el 5% de intensidad moderada y en el 6% grave. A destacar que en España la media del tiempo de evolución fue muy elevado, 9,1 años, en comparación con la media europea de 7 años, que fue el segundo país con el porcentaje más elevado (61%) de personas que sufren de dolor constante y el primero en cuanto a depresión como consecuencia del dolor (29%). Se encuentra, además, entre los países con porcentajes más elevados de dolor causado por artritis reumatoide/osteoartritis (47%). En relación con los tratamientos recibidos, la clase de medicamentos más ampliamente utilizada a nivel europeo son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en un 44%, siendo en España de un 49%, además Italia y España son los países con menor porcentaje de uso de opiodes fuertes (0% y 1%, respectivamente).

Está demostrado que el dolor afecta a las relaciones sociales, la vitalidad, la salud general, la mental, e interfiere con la actividad laboral. Así, según la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el 14,76% de la población española sufre restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas. En el año mundial contra el dolor musculoesquelético (2009-2010), una encuesta basada en la población española analizó datos de 15 años (1993-2006) sobre la prevalencia del dolor musculoesquelético invalidante, que se definió como el dolor sufrido en las dos semanas previas que disminuye la actividad laboral principal o la actividad del tiempo libre por lo menos medio día. La prevalencia global fue del 6,1% en 1993, 7,3% en 2001, 5,5% en 2003 y 6,4% en 2006. El predominio en mujeres fue dos veces el de los hombres. Además, se observó que el estado ocupacional (parado), dormir menos de 8 ho-

ras al día y haber tenido un accidente en el año anterior aumentaba la probabilidad de sufrir este tipo de dolor. En los hombres factores predictores para este tipo de dolor fueron el estar casado y bajo nivel educativo, mientras que en las mujeres se asoció a la edad (45-64 años) obesidad, estilo de vida sedentario y presencia de enfermedades crónicas. Se observó un incremento en la prevalencia de 1993 a 2001, pero permaneció estable desde 2001 a 2006. Este estudio indica que el dolor musculoesquelético invalidante disminuye la actividad laboral principal y es un problema de salud pública en España.

Otro dolor de elevada prevalencia en España es el dolor neuropático (DN) que se define como un dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción primaria del sistema nervioso, ya sea periférico o central. En una revisión sistemática narrativa sobre la prevalencia del DN en España desde 1990 hasta 2004, aunque las cifras de prevalencia oscilaron considerablemente, los autores concluyeron que el DN es una entidad nosológica de alta prevalencia en España. En el otro estudio realizado en atención primaria, aunque también reconocen problemas metodológicos, llegan a la conclusión de que 1 de cada 3 pacientes que acuden a atención primaria experimenta dolor. La media de duración del DN fue de  $11,7 \pm 23,3$  meses, y la media de intensidad del dolor fue superior a 6 en la escala EVA (escala analógica visual). En lo que se refiere al dolor crónico no oncológico el estudio ITACA concluye que existe una relación directa entre intensidad del dolor y el grado de afectación de la calidad de vida de los pacientes.

En resumen, el dolor es un síntoma frecuente en la población española y es necesario abordarlo de manera integral y desde diversas perspectivas. ■

Sección patrocinada por:



**Grünenthal  
Pharma, S.A.**

### Para saber más:

Pain in Europe Survey. <http://www.paineurope.com>. Disponible en: [http://www.paineurope.com/files/PainInEuropeSurvey\\_2.pdf](http://www.paineurope.com/files/PainInEuropeSurvey_2.pdf) [acceso: 09/04/2010]

International Association for the Study of Pain (IASP) <http://www.iasp-pain.org>

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0>

# Gestión de Calidad: Enfermería

## Prescripción enfermera



Charo Vaquero Ruipérez\*

**E**l pasado mes de diciembre, se aprobó en las Cortes Generales, la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, que modifica la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, permitiendo a los enfermeros prescribir algunos medicamentos y productos sanitarios en el ejercicio de su profesión.

La modificación de la ley establece que los enfermeros de forma autónoma pueden indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica, es decir, de venta sin receta y de los productos sanitarios que utilizan los enfermeros en su práctica diaria, mediante la correspondiente orden de dispensación.

Para ello, “el Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud”. El Ministerio de Sanidad y Política social, con la participación de las Organizaciones Colegiales, fijará los criterios generales, requisitos y procedimientos para la acreditación de dichos profesionales en todo el territorio del Estado.

Con la modificación de esta Ley se regula lo que los enfermeros vienen haciendo en el ejercicio de la práctica enfermera, cuando indican algún analgésico al paciente con dolor o curan una herida utilizando gasas, apósitos o medicamentos. También, cuando se realiza el seguimiento de pacientes con diabetes, hipertensión, EPOC... en los que en algunos casos, se modifican pau-

tas de medicación según protocolos y guías de actuación establecidos para ello.

Otro ejemplo significativo lo encontramos en el plan de preparación y respuesta frente al virus de la gripe A (H1N1) que se puso en marcha el pasado mes de noviembre. En dicho plan, los enfermeros realizaban el *triage* de los pacientes con sintomatología o sospecha de gripe A, en todos los centros de salud y en las urgencias hospitalarias, valorando y decidiendo si los enviaba a su domicilio, con un consejo terapéutico que incluía prescripción farmacológica, o los derivaba al médico, por ser un paciente de riesgo.

La Organización Colegial Enfermera ha desarrollado un plan formativo y una plataforma digital de prescripción farmacológica que permitirá a los enfermeros potenciar sus competencias, así como consultar para prescribir medicamentos con plenas garantías de seguridad y calidad para sus pacientes. La gestión de esta herramienta se basa en una macro base de datos que actualiza permanentemente información sobre los medicamentos y productos sanitarios que existen en el mercado, proporcionando las alertas de fármaco vigilancia que se emiten desde las correspondientes autoridades sanitarias, y una base de datos para consultar las posibles interacciones entre medicamentos o principios activos.

Estamos en un tiempo de cambios y oportunidades para la profesión, en el que se están asumiendo nuevas competencias en el sistema sanitario: La Ley de Ordenación Profesional, las especialidades de enfermería, la aplicación de los acuerdos de Bolonia con la implantación del Grado en todas las Universidades en el curso 2010/2011 y la carrera profesional, son algunos de los aspectos que están contribuyendo al desarrollo profesional y, en definitiva, a mejorar la calidad y seguridad de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. ■

» La modificación de la ley establece que los enfermeros de forma autónoma pueden indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica.

» Con la modificación de esta Ley se regula lo que los enfermeros vienen haciendo en el ejercicio de la práctica enfermera, cuando indican algún analgésico al paciente con dolor o curan una herida utilizando gasas, apósitos o medicamentos.

\*Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.

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



## Certamen de Artículos 2010

**D**espués del éxito de participación registrado por la primera edición del Certamen, **puede Vd. enviar ya sus artículos para la edición 2010 y compartir sus experiencias con sus compañeros.** Medical Economics, en colaboración con Iberocruceros, le llevará de vacaciones.

### GRAN PREMIO

Crucero 3.000 €

### PLUS

#### Premio Médicos Jóvenes

Crucero 2.000 €

- ❖ **¿Quién puede participar?** Todos los licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España.
- ❖ **¿Qué hay que enviar?** Artículos originales, no publicados previamente en ningún otro medio y enviados en exclusiva a *Medical Economics*, y que tengan interés para los lectores.
- ❖ **¿Sobre qué se puede escribir?** Su artículo puede contar, por ejemplo, cómo halló la solución a un problema en la práctica clínica; o cómo decidió remodelar su consulta; o compartir lecciones que aprendió después de un juicio o demanda; o incluso su decisión de afrontar de otra forma la medicina después de aquel caso.
- ❖ **¿Cómo participar?** Envíe su artículo por correo electrónico, escrito en formato Word, a doble espacio, incluyendo su nombre, dirección y forma de contacto (e-mail, teléfono). Si lo desea puede enviar fotografías que ilustren su historia, así como una fotografía suya tipo carnet (mínimo 1.024 x 768 píxeles o formato jpg a máxima calidad) y un breve *curriculum vitae*. Puede Vd. enviar tantos artículos como desee. *Medical Economics* se reserva el derecho de publicar los originales y no mantendrá correspondencia ni devolverá los originales a los autores.
- ❖ **¿Dónde enviar su artículo?** Los originales sólo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección: **medeconomics@drugfarma.com\***
- ❖ **Presentación de originales** El plazo de participación expira el **2 de noviembre de 2010**.

## Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha

### Fernando Lamata: "Estamos por encima de la media nacional en la aplicación de la Ley de Dependencia"



**Fernando Lamata, consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha.**

**PREGUNTA:** *La unión de Salud y Bienestar Social en una Consejería, ¿abre el camino a la creación de un espacio socio-sanitario?*

**RESPUESTA:** Unir en septiembre de 2008 las políticas sanitarias y sociales en una única Consejería tenía como principal objetivo aprovechar las sinergias que se dan en ambos ámbitos para optimizar los recursos y consolidar las prestaciones sociales y sanitarias que se ofrecen en Castilla-La Mancha en un momento de crisis económica.

Esta decisión nos ha permitido disponer de una visión integral más completa de las necesidades y demandas de los ciudadanos, lo que ha facilitado nuestra tarea de elaborar un documento para planificar las políticas sociales y sanitarias en la región durante los próximos diez años.

**P.** *¿Cuáles son los caminos que se abren a la investigación sanitaria en Castilla-La Mancha?*

**R.** En estos últimos años, Castilla-La Mancha ha apuntalado su presencia en dos ámbitos de la investigación que consideramos prioritarios: lesión medular, centrada en el Hospital Nacional de Pa-

rapléjicos, y neurociencias, que tiene su principal foco en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Otra apuesta importante es la investigación de enfermedades raras. En ese sentido, el Instituto de Formación e Investigación de la Mastocitosis en Toledo es un centro de referencia nacional e internacional de esta enfermedad.

También hemos apostado por estudios clínicos y epidemiológicos centrados en la obesidad infantil, el envejecimiento, la salud mental o la diabetes a través del Centro de Estudios Sociosanitarios de Cuenca, la Fundación de Castilla-La Mancha para la Diabetes, de Ciudad Real o la unidad de investigación del Hospital Universitario de Guadalajara. Asimismo, estamos apostando por la investigación en Atención Primaria, la incorporación de investigadores noveles, el envío de nuestros científicos a otros servicios de salud de España o del extranjero para su desarrollo profesional y la consolidación de la profesión investigadora en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

**P.** *Y en cuanto a la aplicación de las TIC, ¿cuál es su grado de desarrollo?*

**R.** Castilla-La Mancha se ha situado en España a la vanguardia en la aplicación de las TIC. Tenemos un programa de transmisión digital de imágenes médicas conocido como Ykonos que es uno de los más completos de Europa y que está sirviendo de referencia a otras comunidades.

Además, recientemente, hemos abierto en Toledo el Centro de Excelencia en Imagen Médica Digital, un espacio de investigación y desarrollo de nuevos programas y proyectos tecnológicos y de innovación relacionados con la imagen médica digital, que es pionero en España. También hemos aportado nuestra experiencia a nivel nacional y europeo

en la implantación de la historia clínica electrónica.

No me quiero olvidar tampoco de la plena informatización de los centros de salud y consultorios locales o el uso de Internet para la cita previa médica o la gestión de determinados trámites administrativos.

**P.** *¿Cuál es la situación actual del desarrollo de la Ley de Dependencia en la Comunidad?*

**R.** El desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en Castilla-La Mancha se está llevando de manera razonable, con un buen ritmo de aplicación. A 1 de abril de este año hay más de 29.900 beneficiarios y se están dando más de 38.000 prestaciones y servicios. Casi 7.500 personas se han dado de alta en la seguridad social como cuidadores no profesionales de dependientes.

Con estos datos, nuestra región se sitúa por encima de la media nacional en el proceso de aplicación, siendo cada vez mejor su posición relativa respecto al resto de las comunidades autónomas.

**P.** *Describe los retos a los que se enfrenta en materia de salud pública*

**R.** Para mí, serían los siguientes: el desarrollo de una política decidida de prevención y promoción de la salud, con la adopción de hábitos de vida saludables; reforzar las políticas preventivas en materia de tabaquismo, drogodependencia y alcoholismo; promover la corresponsabilidad de cada ciudadano en el cuidado de su propia salud y en el uso de los recursos sanitarios; implantar un calendario vacunal único y potenciar las redes de vigilancia epidemiológica; y ahondar en los programas de detección precoz de enfermedades con un importante peso en morbilidad. ■



## NOTICIAS/ACTUALIDAD

### Ampliación del Hospital Universitario de Guadalajara

Las obras de ampliación y reforma del Hospital Universitario de Guadalajara, en las que el Gobierno de Castilla-La Mancha invertirá más de 140 millones de euros, continúan a buen ritmo, tal y como comprobó el consejero de Salud y Bienestar Social, Fernando Lamata, en una visita a estos trabajos. Se prevé que las obras se lleven a cabo en dos fases, la primera, que ya está en marcha, supondrá la construcción de un nuevo edificio asistencial, un edificio anexo y el aparcamiento con 1.666 plazas; en la segunda se procederá a la reforma del edificio actual y a la creación de la conexión con la nueva infraestructura asistencial.

### Notable alto para la sanidad manchega

Los pacientes otorgan un notable alto a la asistencia recibida en la sanidad pública de Castilla-La Mancha, concretamente un 8,14 en una escala del 1 a 10, según los estudios de satisfacción de los usuarios llevados a cabo para el Gobierno regional por diferentes empresas independientes coordinadas por la Fundación para la Investigación de Castilla-La Mancha (Fiscam).

### Estímulo a la investigación en Enfermería

El Gobierno de Castilla-La Mancha ha hecho un importante esfuerzo en los últimos cuatro años para potenciar la presencia del personal de Enfermería en el ámbito de la investigación, con la financiación de 10 proyectos científicos en los que han participado unos 77 profesionales, y la impartición de 16 cursos de formación científica, con más de 330 horas de docencia, de la que se han beneficiado 366 alumnos. Este año son 16 las actividades formativas previstas por la Fundación, que depende de la Junta de Comunidades, destinadas, de manera exclusiva, a los profesionales de Enfermería.

### El nuevo hospital de Cuenca más cerca de convertirse en realidad

El Gobierno de Castilla-La Mancha, a través del SESCAM, ha licitado las obras de construcción del nuevo Hospital General Universitario de Cuenca. El Consejo de Gobierno aprobó una inversión de 168.407.148 euros para la ejecución de la que será una de las principales obras civiles que se van a llevar a cabo en la historia de la provincia conuense.

Estudio "Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España"

## El 70% del gasto sanitario está relacionado con enfermedades crónicas

*El sistema sanitario español continúa basado en un modelo pensado para la atención de las enfermedades agudas. Frente a este sistema se encuentra la realidad creciente de las personas con enfermedades crónicas y pluripatologías que generan dependencia. Ahondando en esta dicotomía, la consultora Antares, en colaboración con la Fundación Edad&Vida, ha confeccionado el estudio "Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España", que pretende buscar soluciones a las actuales ineficacias del sistema nacional.*

Según los datos recavados por el estudio, actualmente en los hospitales de agudos dependientes del SNS, hay al menos el equivalente a 5.316 camas dedicadas a la atención de pacientes que podrían beneficiarse de una atención alternativa sociosanitaria. Esta anomalía del sistema constata que el patrón de las necesidades de atención sanitaria y social y por tanto, de la demanda, ha cambiado radicalmente en este siglo. El aumento de las personas con enfermedades crónicas y pluripatologías que a su vez generan dependencia, es un fenómeno de creciente extensión

cente Gil, director de la Unidad de Políticas Sanitarias y Hospitales; Montserrat Cervera, directora de la Unidad Social y Sociosanitaria; Esteban Carrillo, *senior manager* y Yolanda Rueda, *manager* de la Unidad Social y Sociosanitaria, de Antares Consulting.

"Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España" dibuja el nuevo panorama social del país en el que "se calcula que en sólo 10 años la demanda de servicios sanitarios y sociales aumentará considerablemente, ya que 1 de cada 5 españoles tendrá más de 65 años y 6 de cada

sonas, la rigidez de la red de servicios, el desarrollo muy limitado de las herramientas de gestión de la demanda, la ausencia de un modelo de integración de los cuidados en el territorio, la dificultad para orientar los flujos de financiación y la separación de las redes sanitaria y social.

Por otra parte, el informe aporta algunas claves para superar esas barreras, como serían la financiación conjunta del espacio sociosanitario como palanca del cambio, la construcción de órganos conjuntos de elaboración y seguimiento de políticas sociosanitarias, la flexibilización del abanico de recursos y servicios y una inversión decidida en sistemas de información.

El estudio de la consultora aporta, asimismo, una agenda para la construcción del espacio sanitario que contempla cuatro pasos: en primer lugar, integrar las políticas destinadas al espacio sociosanitario en un único departamento que integre las acciones estratégicas, los procesos clave y el soporte necesario para la constitución de dicho espacio; posteriormente, transferir a este departamento la autoridad, autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones e implantación de la prestación sociosanitaria; en tercer lugar, establecer el modelo de espacio sociosanitario a implantar; y, por último, promover un plan de comunicación y participación de todos los agentes de interés que rompa las barreras culturales actuales y facilite la implantación del modelo definido. ■

### Los nuevos reconocimientos de derechos ocasionan un incremento importante del gasto y obligan a extremar la eficiencia en la gestión

que requiere un cambio profundo en las formas de atención actuales que, en el sistema sanitario, están todavía basadas en un modelo pensado para la atención a las enfermedades agudas.

Además, los nuevos reconocimientos de derechos como el de la protección social a la dependencia y las nuevas exigencias de los ciudadanos, ocasionan un incremento importante del gasto y obligan a extremar la eficiencia en la gestión.

Ésta es la principal premisa defendida por los autores del informe: Vi-

10 padecerá una enfermedad crónica. Hoy, casi las tres cuartas partes del gasto sanitario proceden de las patologías crónicas y quienes más las padecen son los mayores", apuntaba Albert Vergés, director general de la Fundación Edad&Vida, durante el acto de presentación del estudio.

Ante esta nueva perspectiva social, los autores consideran que las principales barreras para la nueva construcción del espacio sociosanitario español son la ausencia de un modelo de prestación de servicios de calidad alrededor de las necesidades de las per-

Más de 400 pacientes crónicos de beneficiarán del acuerdo

## SARDomus y DKV Seguros desarrollarán un programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos

*Con este acuerdo, SARDomus y DKV pretenden mejorar la calidad de vida de los pacientes, al tiempo que realizan una mejor asignación de recursos y favorecen la descolapsación de los centros hospitalarios.*

La filial del Grupo SAR, SARDomus, dedicada principalmente a la atención sanitaria domiciliaria, ha firmado un acuerdo con DKV Seguros para atender a domicilio a pacientes de toda España con enfermedades crónicas. El programa, que será desarrollado por equipos multidisciplinares de médicos y enfermeras, pretender evitar desplazamientos incómodos y esperas en los centros hospitalarios, donde generalmente acuden las personas con patologías de larga duración para realizar el seguimiento de su enfermedad.

La colaboración entre ambas empresas se basará en la creación, por parte de profesionales de SAR Domus, de un plan de atención a domicilio a los asegurados de DKV que padezcan este tipo de enfermedad. De esta manera pretenden alcanzar fundamentalmente dos objetivos: mejorar la calidad de vida del paciente como consecuencia directa de una mejora de la calidad asistencial, y asignar los recursos más adecuados para atender a dichos pacientes.

Además, SARDomus y DKV Seguros han previsto desarrollar un plan de calidad para observar la evolución de las personas a las que va destinado el programa. Para ello, se ha creado una comisión mixta de seguimiento y control de la calidad asistencial proporcionada a los asegurados. Esta comisión, que estará formada de manera paritaria por representantes de ambas compañías, también ayudará a incrementar la eficiencia en la asignación de recursos destinados a las personas que se beneficien de estos servicios. Ambas empresas aportan a este proyecto común una amplia experiencia de más de 20 años en temas asistenciales, especialmente ofreciendo atención médica a domicilio de sus asegurados.

Con este nuevo convenio, se dará cobertura a más de 400 pacientes crónicos de Zaragoza, Sevilla, Barcelona y Salamanca, entre otras ciudades. ■

www.medicos.com  
**Medical Economics**  
 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente



**Suscríbase  
 ahora a la revista  
 imprescindible  
 para el médico  
 del siglo XXI**

**S.P.A.**

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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

## Se entrega el 1<sup>er</sup> Premio de Periodismo y Dolor de la Plataforma SinDOLOR

*El Magazine de El Mundo, el programa Salud y Calidad de Vida de Onda Rambla–Punto Radio y Diario Médico han sido los medios de comunicación ganadores de la Primera Edición de los Premios de Periodismo convocados por la Plataforma SinDOLOR, iniciativa de FUINSA y la Fundación Grüenthal.*

**E**l artículo “Qué dolores martirizan a los españoles”, publicado por Maribel González en el *Magazine de El Mundo*, ha recibido el primer premio dotado con 5.000 euros. Por su parte, el reportaje “El abordaje integral del dolor”, que emitió el programa *Salud y Calidad de Vida* de la emisora Onda Rambla–Punto Radio y dirigido por Ricardo Aparicio, ha recibido 3.000 euros de dotación, mientras que el Especial Día Mundial del Dolor, que realizó el equipo de la Sección de Medicina de *Diario Médico*, ha sido reconocido con 2.000 euros. Asimismo, a todos los galardonados se les entregó una escultura realizada por el

prestigioso artista Diego Canogar representando el eslabón de unión entre la ciencia y las letras.

El jurado, formado por destacadas personalidades del mundo de la medicina y del periodismo, “ha valorado la originalidad, veracidad y objetividad, así como el carácter divulgativo y social de estos reportajes que versan sobre la problemática del dolor en España”, tal y como indicó durante la gala de entrega el presidente de ANIS, José Manuel González Huesa.

Además, el jurado destacó la alta participación de los periodistas y medios de comunicación en esta I Edición y ha alabado la calidad de las obras presentadas.

“Ha sido una labor muy difícil por el gran nivel de los trabajos presentados”, indica el Dr. Guillermo Castillo, director de la Fundación Grüenthal y uno de los miembros del jurado. ■



## El Órgano Colegial Asesor celebra su reunión inaugural

*Formado por todos los presidentes de los colegios de médicos con los que Mutual Médica ha firmado acuerdos de colaboración, más de 30 en la actualidad, el Órgano Colegial Asesor (OCA) celebró el pasado 6 de abril su reunión inaugural.*

**E**l OCA nace con la voluntad de asesorar a la mutualidad en relación con las iniciativas y proyectos que esté llevando a cabo y de realizar sugerencias y recomendaciones que ayuden a mejorar el servicio al mutualista. Así lo explicaba durante su primera reunión el Dr. Luciano Vidán, presidente del Colegio de Médicos de A Coruña, quien afirmaba “los colegios deben aportar información sobre las necesidades y solicitudes de los médicos y conocer lo que ofrecen las mutualidades de previsión social, ya que el objeto de nuestra razón de ser son los profesionales y, por ello, la creación del Órgano Colegial Asesor mueve sinergias y es maravilloso”.

El Dr. Nolasco Acarín, presidente de Mutual Médica fue el encargado de abrir la sesión. Posteriormente, tomó la pala-

bra la Dra. Inmaculada Martínez, presidenta del Colegio de Médicos de La Rioja, quien afirmó que “la labor que tienen los presidentes de los colegios de médicos con sus colegiados es la de dinamizar el conocimiento de la previsión social para que los médicos colegiados “usen” y beneficien a su mutualidad, no solamente como la alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), sino con todas las coberturas de previsión social, especialmente el seguro de jubilación, que sirve para dignificar la posición del médico en el futuro”. Durante la reunión los presidentes manifestaron su interés por conocer qué es lo que Mutual Médica puede ofrecer a los médicos jóvenes, ya que es una preocupación latente de todas las juntas directivas de los colegios de médicos.

La política de transparencia para con los médicos y los mutualistas que lleva a cabo la entidad fue otro de los temas que despertaron el interés de los asistentes, durante la exposición de la información financiera, donde se detallaron los datos económicos a cierre de ejercicio 2009, así como la política de inversiones por la que se rige la entidad para garantizar el futuro del ahorro de los mutualistas. “Una mutualidad de previsión social de médicos (antiguas sociedades de socorro mutuo) fuerte y con mucho futuro, tanto por resultados económicos como por expansión territorial, nos ha hecho ver a la colegiación la necesidad de la previsión social, tomando especial relevancia en momentos de crisis”, manifestaba el Dr. Francisco José Martínez, presidente del Colegio de Médicos de Almería. ■

## Carestream Health nombrada "Empresa del año en diagnóstico médico por imagen"

Carestream Health ha recibido recientemente el "Premio a la Compañía Norteamericana del Año 2010 Frost & Sullivan", que otorga dicha consultora tras realizar un análisis del mercado de diagnóstico por imagen. Se reconoce con este galardón la capacidad de Carestream Health para implantar con éxito sus estrategias de negocio y productos en sus dos pilares de actividad: radiología digital computerizada (DC/CR) y soluciones informáticas para el diagnóstico por imagen. La premiada ha ocupado durante el año 2009 la primera posición en el competitivo mercado norteamericano de diagnóstico por imagen, con una cuota de mercado del 14%. Parte de este éxito se debe al lanzamiento del DRX-1, el primer detector digital inalámbrico del mundo. Un detector del tamaño de un chasis estándar de 35x43 cm. y con un peso de tan sólo 3,8 kg., que permite pasar de un entorno analógico a uno digital en poco tiempo y con una inversión de tan sólo el 30% del coste que supondría una sala de radiología digital directa. ■

## Otorgadas las Ayudas Merck Serono de Investigación 2010 de la Fundación Salud 2000

La Fundación Salud 2000 ha dado a conocer los nombres de los investigadores galardonados con las Ayudas Merck Serono de Investigación 2010, destinadas a financiar proyectos de investigación inéditos que puedan desarrollarse en nuestro país y que hayan sido presentados por investigadores españoles. Dotadas cada una de ellas con 20.000 euros, están destinadas a financiar proyectos de investigación inéditos en siete áreas de investigación: Fertilidad, Endocrinología, Oncología, Esclerosis Múltiple, Cardiometabolismo, Enfermedades Raras y, por primera vez este año, Alergología. Los galardonados de este año son: Manuel Comabella López en la categoría de Esclerosis Múltiple, Rafael Llorach Asunción en Cardiometabolismo, Marcia Riboldi en Fertilidad, Federico Pallardó Calatayud en bases moleculares de las Enfermedades Raras y sus implicaciones clínicas, Joseph Taberner Catarla en Oncología, Carmen Vidal Pan en Alergología y Enrique Roche Collado, en Endocrinología. ■

Pharma  
Mar  
  
Grupo Zeltia

## Todo el poder del mar, ahora contra el cáncer

- En 2007 logramos la aprobación de un fármaco de origen marino y su comercialización para el tratamiento de pacientes con **sarcoma de tejidos blandos**
- Ahora lo hemos conseguido también para el tratamiento de mujeres con **cáncer de ovario**
- Somos la compañía líder a nivel mundial en el desarrollo de fármacos de origen marino y vamos a seguir **investigando soluciones para pacientes con cáncer**



**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

## Grupo Sanitas incrementó sus ingresos un 10% en 2009

**E**n el ejercicio del año pasado, los ingresos conjuntos del Grupo Sanitas crecieron un 10% (frente al 9,9% de 2008) hasta alcanzar los 1.352,7 millones de euros. Estos resultados económicos traslucen el alto nivel de actividad mantenido por la empresa que en 2009 presentó una novedad cada dos meses, desde productos como Sanitas Propymes, Sanitas Proautónomos, Sanitas 90.000 o la Cobertura de Desempleo, hasta negocios de nueva creación, como Health Dialog España o Sanitas Welcome, y nuevos servicios e infraestructuras hospitalarias, como la puesta en marcha del Hospital de Manises o la ampliación del Hospital Sanitas La Zarzuela en Madrid. ■



## Nueva campaña de fidelización de A.M.A.

**C**on el título de "Ponte un 10" y ambientada en la estética futbolística la Agrupación Mutual Aseguradora, A.M.A. Seguros, ha lanzado una nueva campaña de fidelización dirigida a sus mutualistas, que se hará efectiva entre el 15 de abril y el 31 de diciembre de 2010. En consonancia con el objetivo estratégico de proseguir la fidelización de sus mutualistas, que se ha marcado la aseguradora para el 2010, la campaña contempla un descuento de un 10% para cualquier póliza de nueva producción que se contrate durante ese período. Además, todos los participantes recibirán como regalo una camiseta exclusiva. ■



## El Hospital del Vinalopó a punto para su inauguración

**A**un mes vista de su inauguración, prevista para el 1 de junio, el Hospital del Vinalopó, dependiente de Vinalopó Salud, organización formada por Ribera Salud y Asisa, está ultimando los detalles finales de sus instalaciones. Los trabajos actuales se centran en limpieza, compra de mobiliario y tecnología. Asimismo, se está llevando a cabo, por un lado, la selección de personal para configurar el equipo de profesionales y, por otro, cursos de formación para la adaptación de los empleados que están actualmente en plantilla a los nuevos programas informáticos. ■

## PSN multiplica por seis su beneficio neto en 2009

Más de dos millones netos de beneficios registró Previsión Sanitaria Nacional el pasado año 2009, un resultado que retoma la senda del crecimiento tras las dificultades de 2008.

**P**revisión Sanitaria Nacional (PSN) cerró 2009 con un beneficio neto de 2,12 millones de euros gracias principalmente al excelente comportamiento de su actividad aseguradora, que creció en total más de un 18% hasta los 93,7 millones de euros, según las cuentas formuladas por el Consejo de Administración. Este resultado positivo, que casi multiplica por seis el obtenido en el ejercicio anterior, permite a PSN volver a la senda de la rentabilidad, una vez superadas las dificultades que el entorno financiero planteó en 2008.

La actividad aseguradora de PSN, centrada en la protección personal y familiar, volvió a ser el punto fuerte del grupo ya que el crecimiento registrado (del 18%) superó el logrado en 2008 (un 14%). Las primas periódicas crecieron un 9,5%, hasta rozar los 70 millones de euros. Pero el dato más destacable fue el de las primas únicas, que crecieron más de un 60% hasta los 24,1 millones de euros gracias a la magnífica acogida que los mutualistas brindaron a productos como los planes de previsión asegurados, los InverPSN y el seguro MAS.

PSN también cerró 2009 con buenas noticias en el ámbito financiero, tras un convulso 2008 debido a la crisis mundial. El proceso de saneamiento y el reconocimiento de pérdidas llevado a cabo durante los pasados doce meses ha permitido elevar los ingresos financieros recurrentes

un 3,4%, hasta los 29,7 millones y reducir las pérdidas por enajenación de activos a tan sólo 17.000 euros. Además, las operaciones en renta variable han generado unos resultados positivos de casi un millón de euros. Todo ello ha permitido que los activos financieros de PSN (renta fija, depósitos a plazo en bancos y cuentas corrientes) superen los 518 millones, un 8,2% más que en 2008. ■



El presidente de PSN, Miguel Carrero, y el director comercial, José Mª Martín Gavín, durante la Convención Anual de PSN celebrada en la localidad alicantina de San Juan.

El proceso de saneamiento y el reconocimiento de pérdidas llevado a cabo durante los pasados doce meses ha permitido elevar los ingresos financieros recurrentes un 3,4%, hasta los 29,7 millones y reducir las pérdidas por enajenación de activos a tan sólo 17.000 euros. Además, las operaciones en renta variable han generado unos resultados positivos de casi un millón de euros. Todo ello ha permitido que los activos financieros de PSN (renta fija, depósitos a plazo en bancos y cuentas corrientes) superen los 518 millones, un 8,2% más que en 2008. ■

**SITGES (Barcelona) - 21 de mayo de 2010**

Acreditado con 0'8 Créditos de Formación Médica Continuada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries

**TERAPIAS AVANZADAS EN EUROPA: CELULAS MADRE Y RETOS EN SALUD**

Augusto Silva

**ASPECTOS BIOETICOS DE LA MEDICINA REGENERATIVA FRENTE AL ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO**

Luis Felipe Gil Chikin

**CELULAS MADRE Y PRP EN REJUVENECIMIENTO CAPILAR Y CUTANEO: APLICACIONES TOPICAS E INFILTRATIVAS**

Denis Barritault, Alain Gondinet, Alberto Gorrochategui, Alessio Redaelli y Roberto Tullii

**PRF: IMPLANTES DE FIBRINA AUTOLOGA**

Maurizio Ceccarelli, J. Victor García, Claudine Hadida, Philippe Schaison y Braham Shroot

**APLICACIONES COSMETICAS DE LAS CELULAS MADRE DE ORIGEN VEGETAL**

Barbara S. Polla

Programa Completo en [www.confitera.com](http://www.confitera.com)

Con el apoyo institucional de



Con la colaboración de



Organiza:

**CONFRONTACIONES TERAPEUTICAS**  
[www.confitera.com](http://www.confitera.com)



# 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**

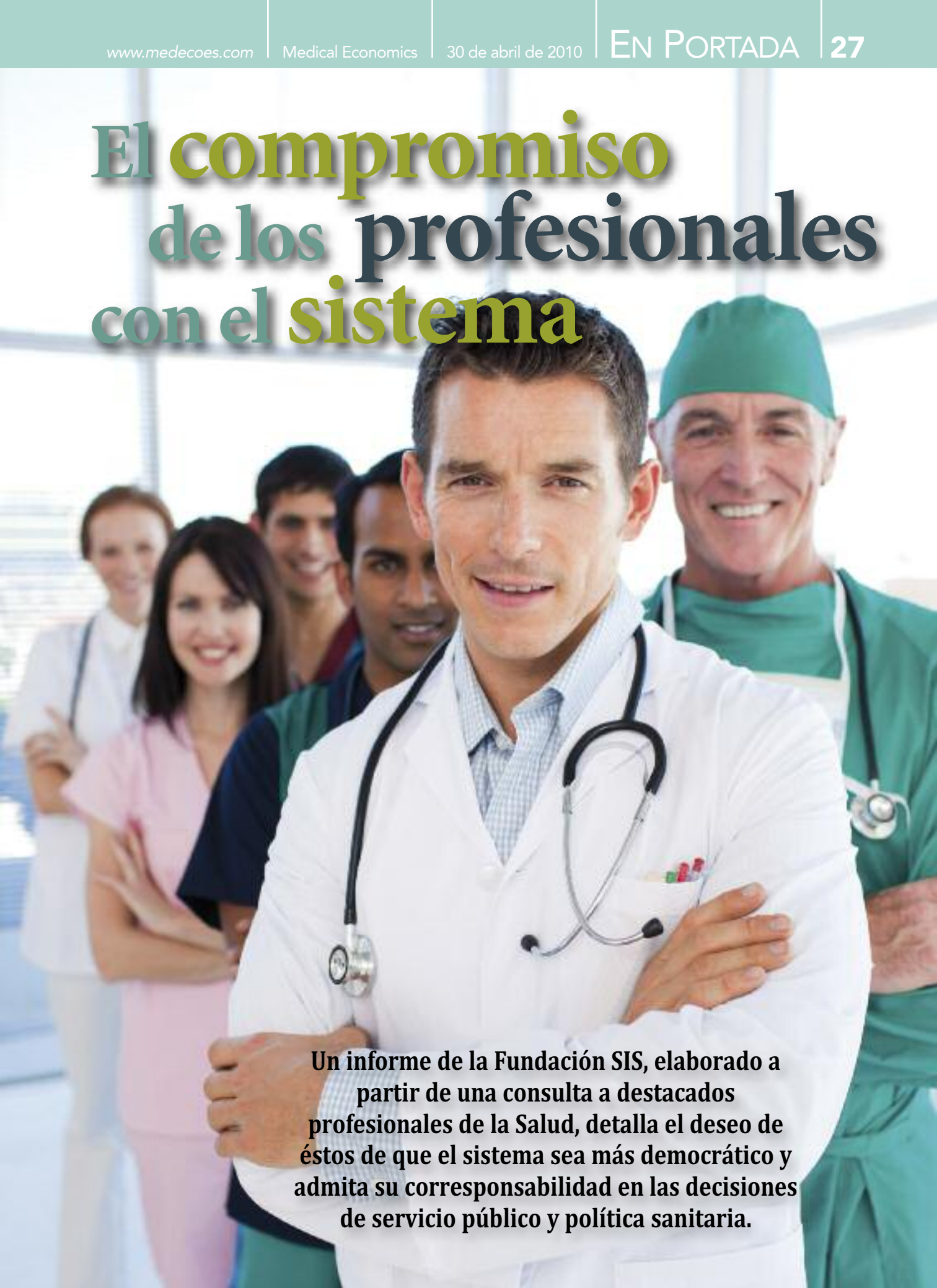
Con la colaboración de

---



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

# El compromiso de los profesionales con el sistema



**Un informe de la Fundación SIS, elaborado a partir de una consulta a destacados profesionales de la Salud, detalla el deseo de éstos de que el sistema sea más democrático y admita su corresponsabilidad en las decisiones de servicio público y política sanitaria.**

***Los profesionales de la salud dan muestras, una y otra vez, de su compromiso con el sistema sanitario público, pero las administraciones sanitarias dilatan las reformas que propugnan.***

Por Gonzalo San Segundo

**E**l hambre agudiza el ingenio, dicen, y la crisis espolea los acuerdos. Sin esperar a que la comisión de trabajo del Pacto por la Sanidad presente sus conclusiones definitivas, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el pasado mes de marzo una batería de medidas “para garantizar la sostenibilidad y la cohesión del SNS”. Unas son “inmediatas”, como las de contención del gasto farmacéutico, y otras de realización a medio plazo, como la implantación de la historia digital común o la adopción de criterios nacionales para las retribuciones del personal sanitario. Esto último no quiere decir, como algunos han

apuntado, unificación o uniformidad de salarios.

Los profesionales sanitarios también han sido, en medio de esta crisis, los destinatarios directos o finales de una serie de informes que, a lo largo de los últimos meses, se han ido publicando, como si el arreglo teórico de la Sanidad española estuviera sometido a un *sprint* literario y reivindicativo. En los últimos tres meses se han publicado al menos media docena de informes, estudios o libros que, desde otras tantas perspectivas, abordan cuestiones esenciales para la sostenibilidad del sistema sanitario público español, asuntos que apuntan directamente al corazón del Pacto por la Sanidad.

## El futuro de la sanidad pública para políticos, pacientes y profesionales



Joan Josep Artells i Herrero\*

**L**a Fundación Salud, Innovación y Sociedad, principal dimensión innovadora del civismo corporativo de Novartis, ha completado recientemente una trilogía de escenarios del futuro de la sanidad pública según la visión e intereses de diversos representantes del contrato social entre el estado, la sociedad y las profesiones sanitarias<sup>(1)</sup> que han manifiestado su visión, deseos y pronósticos al respecto.

Según estas predicciones –recogidas y sistematizadas en sendas consultas prospectivas Delphi a más de quinientos panelistas– los políticos continuarán aplazando reformas consideradas, sin embargo, necesarias e inaplazables por pacientes y profesionales.

Pacientes y profesionales exhiben en sus predicciones de cambio idéntico deseo de profundización democrática y corresponsabilidad en las decisiones de servicio

público y política sanitaria, aunque no está claro que quieran lo mismo en lo tocante a compartir decisiones clínicas.

Los pacientes reivindican –lógicamente– un conocimiento insustituible de sí mismos y de su proyecto vital, mientras que los médicos se dividen por lo que respecta a compartir “sus” responsabilidades específicas con no profesionales.

De los pronósticos y predicciones de unos y otros emerge algo más que la sospecha de que el paternalismo en la práctica médica ha cambiado de manos pasando a ser detentado, ahora, por los políticos.

Mientras los ciudadanos-contribuyentes se muestran reacios a admitir el co-pago en el futuro inmediato, los profesionales, en cambio, se muestran abiertos, por lo menos, a considerar sus diversas modalidades y posibles efectos asociados. En cambio, los políticos –como un solo hombre– refuerzan su oposición *et nunc et semper* a partir de conocimiento del futuro cuando menos muy imperfecto a tenor de la escasa capacidad de anticipación de la crisis demostrada con creces.

Mientras esto sucede, el Gran Pacto Sanitario, el GPS que conducirá a este país a un SNS verdaderamente sostenible, sigue fraguándose en las bambalinas de la política, de donde saldrá, probablemente, descafeinado respecto a las ambiciones iniciales.

### Entre la certeza y el recelo

Una de las conclusiones de uno de esos estudios, *El futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud*, elaborado por la Fundación SIS a partir de la consulta a 248 profesionales de la Medicina y la Enfermería, refleja que médicos y enfermeros se comprometen responsablemente con la descentralización de la sanidad pública, pero se muestran cautos respecto a sus expectativas profesionales y la probabilidad de que éstas se cumplan. La explicación a esta aparente contradicción se halla en la naturaleza de las relaciones entre las profesiones sanitarias y la autoridad sanitaria.

Dichas relaciones se establecen, con carácter general, de jefe a subordinado en un

contexto de obediencia funcional, donde la dedocracia prima sobre la meritocracia y donde queda poco espacio para el desarrollo de la innovación y el talento. Demostrado está, y Cataluña es un claro ejemplo, que una relación contractual laboral genera más oportunidades, creación y compromiso que el régimen estatutario o funcional. Sin embargo, el puesto de trabajo es más seguro en esta última situación. De ahí que los panelistas participantes para la elaboración de dicho estudio se hallen divididos a la hora de optar, desde el deseo y las posibilidades, por una opción u otra.

En ese contexto, los panelistas muestran muy mayoritariamente el deseo de que la Administración no interfiera en su independencia clínica, pero se manifiestan escépticos de que ello suceda. Son conscientes de la politización que existe en la gestión sanitaria, que rechazan de plano, y exponen su desconfianza que la situación cambie y se tengan en cuenta criterios de gestión, méritos y competencia profesional.

No queda claro si esta resistencia, proyectada al futuro, a un debate sobre la actualización de las fuentes de financiación pública tiene más que ver con una percepción exacerbada del propio riesgo político que con alguna percepción plausible del riesgo de quiebra en la salud colectiva o en la sostenibilidad del sistema. Imposible de conocer sin un debate transparente de argumentos y escenarios.

En cualquier caso parece poco objetable que el debate general sobre la política sanitaria empiece a tener en cuenta la necesidad de conocer de manera anticipada la dimensión y consecuencias probables de las tendencias de cambio y las alternativas estratégicas, en vez de dar por sentado que el continuismo —más de lo mismo— es lo que más nos convenga a todos.

Esta visión autoritaria —hegemónica aún en la toma de decisiones estratégicas en nuestra Política Social— justificaría la persistente posición de España en el mismo pelotón que Grecia, Malta, Polonia, Portugal y Lituania, entre otros, en lo tocante a innovación<sup>(2)</sup>.

El análisis *post mortem* —a toro pasado— de la política

sanitaria solamente es relevante, para la acción, cuando se contrasta con el conocimiento de las tendencias emergentes, previsiones fundadas y escenarios verosímiles —aunque inciertos— de futuro.

Desde esta perspectiva, la adhesión máxima mostrada por los profesionales consultados a escenarios de innovación tecnológica y organizativa, la unanimidad en la aceptación de una mayor implicación en los procesos de reforma y una mayor disposición a aceptar la recertificación de conocimientos y competencias, sugieren la oportunidad de revisar a fondo la naturaleza de las relaciones entre las profesiones sanitarias y la “autoridad” sanitaria.

Esa revisión, reiteradamente aplazada, contribuiría a desbloquear importantes factores regresivos que impiden que la sociedad se beneficie del potencial completo del progreso clínico, el avance tecnológico y el robustecimiento de la Salud Pública.

Para que eso sea posible es, desde luego, imprescindible saber mirar —y ver— más allá del pasado y el presente por tensos que sean.

(1) [www.fundsis.org/publicaciones](http://www.fundsis.org/publicaciones): El Futuro del SNS: la visión de los políticos. FSIS, Barcelona 2005. El Futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. FSIS, Barcelona 2008. Y El Futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud. FSIS, Barcelona 2009.

(2) <http://www.proinno-europe/metrics>

## Los deseos

- » Implicarse en la formulación e implementación de reformas en el SNS y en los órganos de decisión de los centros asistenciales.
- » Que continúe el proceso de descentralización autonómica de la Sanidad, aunque generará desigualdades territoriales.
- » Que se eliminen las interferencias administrativas y se proteja la autonomía de juicio y decisión clínica.
- » La supresión del nombramiento político a dedo de los directivos de la estructura asistencial y que se realice teniendo en cuenta los méritos.
- » Que se implante el copago en el coste de las prestaciones sanitarias.
- » Que sean los deseos de los ciudadanos los que cuenten en primer lugar.
- » Integrar las habilidades de comunicación en los programas de formación.
- » Integrar el desarrollo profesional continuado en la carrera profesional.

## ... y los temores

- » Que no aumente el número de profesionales que asuman responsabilidades de gestión operativa con incentivos retributivos específicos.
- » Que no se produzcan los cambios que propugnan para aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria (ver el apoyo *Cambios para la AP*).
- » Que el gasto sanitario crezca más que el gasto público.
- » Que la actividad sanitaria privada se deprima.
- » Que aumente la judicialización de las reclamaciones de los pacientes y las agresiones a los profesionales.

La duda también planea sobre los profesionales consultados acerca de su participación en las decisiones respecto a la cartera de servicios, asignación de recursos e inversión en los centros asistenciales. Desearían participar en esas cuestiones, pero, una vez más, muestran explícito escepticismo. Lo mismo sucede cuando se les pregunta si están de acuerdo en que se articulen mecanismos de implicación de los ciudadanos en los órganos de gobierno de la red asistencial, con lo que se muestran de acuerdo.

Idéntico posicionamiento se registra con la implantación de copagos por servicios asistenciales y no asistenciales, y la modernización del ya existente copago para los medicamentos. Sin embargo, hay división de opiniones en cuanto a la implantación de un copago por acto médico, y cierta desconfianza respecto que esto se lleve a cabo en el futuro.

Cuando a los profesionales sanitarios se les pregunta por el papel de los seguros y mutuas privados en estos tiempos de crisis, las respuestas son muy dispersas, pero con predominio de los que esperan que se incremente la presión asistencial en la sanidad pública derivada de un menor uso de recursos privados.

## Atención Primaria

Un capítulo importante del estudio, realizado con la técnica de la consulta *Delphi*, se centra en la formulación de una batería de preguntas para el robustecimiento de la capacidad resolutive de la Atención Primaria. Aquí, los panelistas son partidarios de la introducción de la figura del coordinador de cuidados, la creación de centros de AP con personalidad jurídica propia y contratación de actividad asistencial pública y la incentivación económica de los profesionales comprometidos con la asunción de riesgos financieros asociados a su compromiso corporativo y su práctica asistencial. Pero el deseo favorable a la introducción de estas medidas choca frontalmente con el pronóstico negativo de que la financiación de los centros asistenciales se base en la capacidad sostenida de competir de los mismos.

Así, los profesionales consultados expresan de forma mayoritaria su deseo de que la AP modernice sus sistemas organizativo y retributivo, se establezca la libre elección de centro de salud y médico y se adapten sus horarios a la jornada escolar y laboral de los



## Cambios en la AP

La Atención Primaria ha sido protagonista, desde hace muchos años, de las principales y más asiduas reivindicaciones de los profesionales de la salud. También de estudios e informes que se adentran en la búsqueda y enumeración de soluciones de cara a conseguir una mayor capacidad resolutoria (ver el recuadro *Informes para la sostenibilidad*).

Estos son algunos cambios que los profesionales propugnan en el informe *Delphi*, auspiciado por la Fundación SIS:

\* Separar la gestión clínica de la operativa y financiera.

\* Vincular la retribución e incentivos a la asunción de riesgo financiero, liderazgo y autonomía de gestión.

\* Integración de niveles asistenciales.

\* Creación de la figura del coordinador de cuidados (educación sanitaria, adhesión a los tratamientos y seguimiento longitudinal de los pacientes).

\* Adaptación de los horarios de atención a los horarios laborales y escolares.

\* Elección sin restricciones de centros de salud y médico por parte de los pacientes.

\* Creación de centros con personalidad jurídica propia y capacidad de contratación de actividad privada.

usuarios de la sanidad pública. Pero constatan su incredulidad de que esto se realice.

Por lo que respecta a los pacientes, los panelistas aceptan, de forma general, la pérdida de hegemonía del *paternalismo* de la medicina tradicional y ven con optimismo la preeminencia del paciente sobre cualquier otra consideración y la adaptación de los profesionales a la libre circulación de información acerca de la calidad, desempeño y resultados de las organizaciones asistenciales. Sin embargo, resulta preocupante su pro-

nóstico de que aumentarán la judicialización de la práctica profesional y las agresiones a los profesionales. Afrontar esa realidad *in crescendo* con un buen ejercicio profesional y decidida actuación judicial mitigaría las consecuencias de esa visión negativa.

### Asunción de nuevos retos

Hay otra visión de futuro, esta vez positiva, que el panel *Delphi* aborda. Se trata de los desafíos emergentes que las profesiones sa-

## Los consultados expresan de forma mayoritaria su deseo de que la AP modernice sus sistemas organizativo y retributivo, se adecuen sus horarios a los de los ciudadanos y se establezca la libre elección de centro de salud y médico

nitarias tienen que afrontar (ya lo están haciendo), debido a la velocidad sin precedentes del cambio social y el avance biomédico.

¿Cómo contempla la sociedad española la confianza en la profesión médica como principal soporte de la credibilidad y respeto a los profesionales? Desde la visión de los panelistas, con tono claramente positivo. Creen que la exigencia crítica de los ciudadanos aumentará en la medida en que se generalice el acceso a la información sobre calidad y resultados de las instituciones y profesionales.

Los consultados coinciden en la aceptación de la revalidación periódica de competencias como factor decisivo de credibilidad. También están de acuerdo en que la asunción profesional de la identificación del sobre consumo de recursos y la inducción a la utilización responsable de la sani-

dad pública robustece la confianza de la sociedad.

Asimismo, el mantenimiento actualizado de la confianza de la sociedad en el contrato social de los profesionales de la salud se basa en el cumplimiento sin excepciones de una serie de principios y comportamientos básicos, como tener tolerancia cero con la vulneración de la seguridad, demostrar cotidianamente la adquisición de conocimientos y competencias y el respeto al paciente y a la confidencialidad de manera rigurosa y verificable.

Desde una mirada más introspectiva, como auscultándose a sí mismos, los panelistas de la consulta Delphi muestran un claro deseo de que el desarrollo profesional integrado se incluya en la valoración de la carrera profesional y se reconozca debidamente su contribución investigadora.

### La calidad sigue siendo el objetivo primordial

También creen que la feminización de la Medicina no degradará el estatus social de la profesión, si bien está por determinar el efecto que ello producirá cuando a lo largo de la próxima década se produzca un importante número de jubilaciones entre los médicos adjuntos y jefes de servicio en aquellas especialidades que las mujeres rehuyen, bien porque las consideran “duras” o porque no les permiten conciliar su vida laboral y familiar. Tampoco están suficientemente estudiadas las consecuencias que reportará al sistema sanitario una hipotética masiva incorporación de médicos extranjeros no comunitarios.

En ese futuro al que se abre el sistema sanitario español, la calidad es una cuestión esencial para los expertos consultados. Calidad que viene determinada por escenarios referidos a la implicación de las organizaciones de pacientes en su diseño y en el acceso a los indicadores que se utilicen para financiar las organizaciones asis-



tenciales y retribuir a los profesionales. A este respecto, el estudio *El futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud*, realizado bajo los auspicios de la Fundación SIS y el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Cataluña, revela “una tendencia claramente favorable” a que se publiquen los datos de la variabilidad de la práctica clínica, tanto territoriales como por proveedores asistenciales y por profesionales.

Pero una cosa es que esos indicadores de calidad asistencial, que están en la base de la retribución a centros y profesionales, se publiquen y otra muy distinta es que en su proceso de selección y definición participen las asociaciones de los pacientes. A esto último, los panelistas manifiestan un pronóstico pesimista, o sea, que no creen que eso vaya a ocurrir.

En muchas de las cuestiones planteadas, los profesionales muestran sus reservas, cuando no pesimismo, ante la idea de que las autoridades sanitarias se impliquen a su favor. Temen que una buena parte de las reformas que propugnan caigan en saco roto o se dilaten en el tiempo. Y es que el compromiso que muestran los profesionales con el sistema sanitario público no suele verse correspondido desde el poder. ■

## Médicos y enfermeros temen que aumenten las agresiones y la judicialización de las reclamaciones de los pacientes



## Informes para la sostenibilidad

\* *El futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud* (diciembre de 2009). Un análisis prospectivo Delphi, basado en los deseos de los encuestados y las expectativas de que se cumplan y realizado bajo los auspicios de la Fundación SIS y el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Cataluña.

\* *Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria del siglo XXI* (enero de 2010). Se trata del texto íntegro del borrador del Proyecto AP-21, que estuvo precedido por *Atención Primaria de salud: nuevos retos, nuevas soluciones* (junio de 2009), un informe

de la Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria.

\* *Necesidades de médicos en España*, elaborado por la Fundación Astra-Zéneca y la Universidad Europea de Madrid (marzo de 2010), cuyo antecedente es el estudio *Demografía médica*, de la OMC, de julio de 2009.

\* *Quince temas candentes de la Sanidad española para 2010* (marzo de 2010), de PricewaterhouseCoopers y coordinado por los ex ministros del ramo Ana Pastor y Julián García Vargas.

\* *Expectativas y realidades en la Atención Primaria española* (marzo de 2010), libro coordinado por Luis Palomo Cobos.

# Llamadas a medianoche



No se enfade por su irritante horario de guardias. A continuación, le enseñamos cómo mejorar esta situación.

Por Diane Weber

**E**s una receta perfecta para el conflicto: mientras en Estados Unidos, la Asociación Americana de Médicos de Familia anima a los médicos de Atención Primaria a que proporcionen guardias, al menos telefónicas, las 24 horas del día, —un ingrediente clave de su modelo de consulta ideal—, más y más médicos intentan reducir su trabajo fuera de hora.

Los médicos jóvenes, tanto los hombres como las mujeres, se muestran cada vez más reacios a sacrificar su tiempo con la familia y los amigos para atender las guardias. Algunos esperan ganar más dinero por hacerlo. Otros esperan y piden diferentes beneficios adicionales, como menos horas de consulta, a cambio de ocuparse por igual de las guardias. Y los médicos jóvenes no son los únicos que quieren dejarlo; también otros médicos más veteranos.

Aunque el creciente número de médicos de asistencia hospitalaria ha supuesto menos consultas a las 3 de la mañana para los médicos residentes, esta situación podría ser temporal. La escasa oferta de médicos de Atención Primaria, junto a la asistencia sanitaria que precisa la población ya envejecida, podría conducir a una oleada de guardias fuera de hora.

Proporcionar una guardia telefónica adecuada, que ya es un reto, puede llegar a ser más complicado, sobre todo si usted ejerce en una zona rural o necesita contratar médicos adicionales. “La obligación de hacer guardias siempre es un problema cuando los médicos evalúan si incorporarse o no a una consulta, y las consultas que buscan empleados suelen minimizar este deber”, advierte Rosemarie Nelson, asesora de la dirección médica en Siracusa, Nueva York. “Luego la realidad sorprende”.

“Las guardias realmente son un gran problema hoy en día”, se hace eco Kenneth Hertz, asesor del

### Puntos clave

» Los médicos jóvenes, tanto los hombres como las mujeres, se muestran cada vez más reacios a sacrificar su tiempo con la familia.

» Proporcionar una guardia telefónica adecuada, puede llegar a ser más complicado, sobre todo si usted ejerce en una zona rural.

» Intente identificar con precisión el factor que está creando el conflicto.





«No hay sustituto para una comunicación abierta y honesta, no sólo con su propio médico, sino también con los médicos con los que tiene acordada una guardia»

—Ken Bowden, Dirección Profesional de Berkshire, Pittsfield, Massachusetts

Medical Group Management Association en Alexandria, Los Ángeles.

“Conocí a un médico que quería contratar a un pediatra. Su consulta se encuentra en una pequeña zona rural y el médico con el que estaba negociando sólo quería trabajar de 9 a 5, ni fines de semana ni guardias. También quería mucho tiempo libre”.

“La consulta no podía ofrecerle eso, así que el pediatra encontró un trabajo en otra pequeña localidad que aparentemente se adaptaba a sus condiciones. Con la escasez de médicos en determinadas especialidades y la dificultad para contratar en las zonas rurales pequeñas, se están viendo muchas situaciones que no sucedían hace años”.

Si los conflictos con las guardias están provocando problemas en su clínica u hospital, restablecer la paz y encontrar una solución que todos consideren equitativa conllevará algún esfuerzo. A continuación, les propongo algunas opciones que puede plantearse.

### Centrarse en la raíz del problema

Si está teniendo dificultades con sus guardias, intente identificar con precisión el factor que está creando el conflicto. ¿Muy pocos médicos? ¿Demasiados cambios de turnos? ¿Los médicos se niegan a hacer las guardias?

Aunque incorporar más médicos a la consulta puede parecer la mejor manera de distribuir la carga, no lo es necesariamente, dice la asesora Judy Bee, asesora de la dirección médica del Practice Performance Group en La Jolla, California. “Repartir las guardias no es una buena razón para mantener unido al grupo”, aclara. “Si todos los médicos sienten que trabajan demasiado, contratar a uno más puede tener sentido. Si por el contrario no se necesitan más médicos, lo mejor es intentar negociar un acuerdo de guardias con médicos de otras consultas”.

Le resultará difícil organizar un grupo de guardia si usted trabaja solo y recurre a grupos de médicos en busca de ayuda. “Cuando

el grupo tiene unos cinco médicos, se puede encargar de las guardias internamente y no necesita al médico”, dice Bee. Tiene que ofrecer algo especial como aliciente. “Por ejemplo, un médico que estaba negociando la guardia, era judío, y su mejor carta de presentación era estar de guardia el día de Navidad todos los años”.

Puede mostrarse reacio a contar con médicos de otro grupo que hagan guardia por miedo a que se queden con sus pacientes. Háblelo con franqueza, aconseja Bee. “Es necesario determinar de qué manera se controlarán ciertas situaciones. Por ejemplo, si el médico de guardia de otra consulta atiende a un niño durante la noche, todos los médicos podrían ponerse de acuerdo para que el médico original se encargue de cualquier visita de revisión”.

Imagine que un paciente le dice al médico de guardia que lo prefiere a su médico y que quiere cambiarse a su consulta. Según Bee, el médico de guardia debería decirle al paciente que primero hablara con su propio médico. Luego, el médico de guardia debería llamar al médico del paciente y discutir la situación. “Si el médico original dice, ‘Gracias, no aguanto a ese paciente’, todos salen ganando. Lo cierto es que no todas las situaciones terminarán tan bien, pero el médico original podrá decidir qué vale más la pena: atender la guardia, o perder algunos pacientes.

Otra manera de protegerse de perder pacientes es pedirle a su servicio telefónico de contestación que le entregue una lista de todos los pacientes atendidos por el médico de guardia, y hacer que alguien de su oficina contacte con ellos. Pregunte cómo se encuentran, e infórmeles de que pueden acudir a su consulta si necesitan seguimiento clínico. “Esto hace que el paciente que tiene que ser atendido por un médico desconocido se sienta cómodo y no abandonado”, añade Bee.

Elizabeth A. Pector, médico de familia, en Naperville, Illinois, intercambia guardia con otros cuatro médicos. “Intentamos encontrar un terreno común en la manera de llevar las

## Aligerando la carga de la guardia telefónica

La guardia puede resultar algo tan ineludible y espantoso como la muerte y los impuestos, pero usted puede aligerar esa carga.

**Contrate personal en prácticas.** Puede limitar el número de llamadas nocturnas o de primera hora de la mañana contratando a una enfermera en prácticas o a un asociado médico para que atiendan las llamadas y sólo contacten con usted cuando no sean capaces de tratar al paciente. Recuerde que para el personal en prácticas las llamadas son tan molestas como para usted, y pedirán concesiones o compensaciones de horario.

**Pídale a un hospital que colabore.** En muchas zonas con escasa atención médica, los hospitales proporcionan ayuda con las guardias fuera de hora con el fin de atraer y mantener a médicos en la comunidad, dice Rosemary Nelson, asesora de la dirección médica en Siracusa, Nueva York. Por ejemplo, el hospital puede ofrecer un servicio de enfermería al que los pacientes pueden contactar fuera de hora en lugar de llamarle a usted, o puede pagar a otro médico para que se ocupe de las guardias y evitar así que usted abandone la zona. El hospital también se beneficia ya que no tiene que contratar más médicos. Y tener más médicos de Atención Primaria en la zona significa que los ingresos en Urgencias no se paralican. "He visto cada vez más este tipo de acuerdo durante el año pasado", dice Nelson.

**Mejore la atención de los pacientes.** Si aún no ofrece consultas para el mismo día en que los pacientes la necesitan, intente hacerlo. James J. Meyer, médico de Atención Primaria en Littleton, Colorado, que trabaja en una consulta que participa en un proyecto de la Asociación de Médicos de Familia de Estados Unidos, asegura: "Hemos comprobado que las llamadas fuera de hora son raras, ya que los pacientes saben que podrán ser atendidos al día siguiente".

Algunos médicos encuentran apropiado añadir dos horas extra por la mañana para que los pacientes que lo necesiten puedan acudir sin cita previa, dice David C. Scroggins, asesor de la dirección médica de Clayton L. Scroggins Asociados en Cincinnati. Así, los pacientes llaman menos durante la noche porque saben que a la mañana siguiente serán atendidos sin problema, y además la consulta se vuelve más competitiva con respecto a las pequeñas clínicas que trabajan sin cita previa y que de otra manera se verían obligadas a desviar sus casos a otras consultas. "Los pacientes prefieren ver a su propio médico antes que a un extraño en una clínica, por lo tanto no es necesario proporcionar demasiadas horas extra", dice Scroggins. "Sólo tiene que ofrecer alguna alternativa y flexibilidad".



guardias los fines de semana", comenta. "Por ejemplo, tenemos una política estricta de no recetar antibióticos los fines de semana. Si todos los médicos de un mismo grupo de guardia se sienten cómodos enviando a los pacientes a urgencias para un examen o recetando un alivio sintomático para un resfriado hasta el lunes, entonces eso es a lo que deberían atenerse.

"Los dos médicos de nuestro grupo que atienden a pacientes de una residencia de ancianos han decidido atenderlos también los fines de semana", añade Pector. "Esto proporciona a los pacientes una mejor continuidad de asistencia médica".

### Tratar los conflictos rápida y directamente

En las consultas con suficientes médicos para repartirse las guardias, si hubiera médicos que no están contentos con el acuerdo de guardia

podrían hacer lo que se les pide con resentimiento, pero luego su irritación saldría a la luz como angustia generalizada y crearía otro tipo de dificultades. "Un médico pasa una noche de guardia difícil y a la mañana siguiente pierde los estribos con algún compañero en la oficina", dice Rosemarie Nelson. "Un médico con el que hablé recientemente lo hizo, y la persona a la que gritó terminó dejando el trabajo". Intente consolidar su relación con los médicos que atienden sus guardias. "No hay sustituto para una comunicación abierta y honesta, no sólo dentro de su consulta, sino también con todos los médicos externos con los que mantiene un acuerdo de guardia", dice Ken Bowden, asesor de Berkshire Professional Management en Pittsfield, Massachusetts. "Si no hay mucho contacto con esos médicos, pueden surgir problemas. Vayan a comer o a cenar juntos. Entérese de qué molesta a la gente del grupo

de guardia, qué cambiarían si pudieran, qué les gusta”.

Asuma responsabilidades e insista para que ellos lo hagan también. Mary Ann Bauman, internista en la ciudad de Oklahoma, cree firmemente en tratar los conflictos de frente. “Hace años tuvimos a alguien que dejaba los ingresos de Urgencias del viernes por la tarde al médico de guardia”, dice. “Cada vez que esto ocurría, tanto el médico de guardia como yo, y el director médico también, nos enfrentábamos con este compañero”.

El médico finalmente dejó la consulta, y ahora Bauman y sus restantes colegas tienen una relación de guardia telefónica mutuamente respetuosa. “Tenemos cuidado de atender a los pacientes de última hora del viernes nosotros mismos, de manera que nadie más tiene que encargarse de ellos”, dice.

Si no puede ocuparse de una parte de sus responsabilidades de la guardia telefónica, búscuese un sustituto, dice Ken Hertz. Y si el médico de guardia tiene un problema con su horario, es su propia responsabilidad encontrar una solución junto a otro médico. “En una consulta para la que trabajé, la directora era la que repartía los turnos. Por eso, muchos viernes, el médico de guardia entraba en su despacho y le decía, “Mary, lo siento, tengo un compromiso fuera de la ciudad. ¿Podrías pedirle a alguno de los otros médicos que cubran mi turno? Y Mary se encargaba de arreglar el problema. Es duro para un empleado, incluso para la directora, resolver una situación así”.

A veces los problemas con la guardia telefónica indican que es necesario un mayor refuerzo, dice Judy Bee. “Conocí a un grupo de cinco traumatólogos; cada uno tan diferente del otro que no me sorprendió que al final el gru-

po se disolviera. No eran capaces de ponerse de acuerdo en cuanto a las decisiones importantes. No coincidían en el marketing, en el personal, ni siquiera en el color de las paredes de la oficina. Irónicamente, continuaron atendiendo las guardias de los otros. Desde el punto de vista médico, eran buenos cuidando a los pacientes de los demás.

### Administrar las llamadas con médicos a tiempo parcial

Normalmente se suele procurar incluir médicos a tiempo parcial que no quieran atender una guardia equivalente. “Hace algunos años tuvimos a dos personas que intentaron dividirse el trabajo”, dice la internista Mary Ann Bauman. “Propusieron la idea de hacer media guardia cada uno, pero para nosotros era una condición clave, así que aceptaron hacer las guardias enteras. Todo fue bien hasta que una tuvo un bebé y no quiso quedarse a menos que su guardias se redujeran.

“Votamos que se fuera porque creemos firmemente que la guardia es algo que tiene que ser igual para todos. Pienso que es importante que los médicos a tiempo parcial realicen guardias completas. Esto ayuda a que los demás médicos vean a los de tiempo parcial como colegas totales”.

El hecho de que los horarios de las guardias sean demasiado cómodos provoca otros problemas. “Un grupo numeroso tenía a varios médicos que trabajaban tres cuartas partes del tiempo por tres cuartas partes del sueldo y hacían las guardias completas, dice Bee. “Pero el recorte de sueldo no era suficiente desventaja para los médicos a tiempo completo; querían reducirles aún más el salario”.

“La polémica surgió porque otros médicos suficientes como para comprometer el ingreso de los pacientes, decidieron que ellos también querían trabajar tres cuartas partes del tiempo”, explica. La consulta todavía está intentando encontrar una solución.

Una posibilidad, sugiere Bee, “es permitir a los médicos trabajar tres cuartas partes del tiempo durante dos años, y entonces permitir que otros tengan la misma oportunidad. Cualquiera poco dispuesto a cambiar a jornada completa después de los dos años tendría que dejar la consulta”.

No es una solución perfecta, pero cuando se trata de acuerdos sobre las guardias la perfección es escasa. Así que en lugar de pretender lo imposible, tendrá que adaptarse a un acuerdo que todos consideren justo. ■



# Trabajar con amor



**Pilar Vich Pérez**  
*Médico de Familia*

**C**onocí en cierta ocasión a una charcutera muy especial.

Trabajaba en un gran centro comercial en la sección de “Quesos y fiambres”. No era especialmente guapa aunque sus rasgos resultaban agradables, su ritmo de trabajo parecía similar al de los demás, se comportaba como una persona sencilla y correcta y no estaba profesionalmente más cualificada que el resto de los

charcuteros del comercio donde trabajaba, no vendía más barato ni envolvía mejor la compra... ¿qué la convertía entonces en alguien diferente? ¿Qué era lo que la hacía destacar, brillar con luz propia?

Los clientes esperaban pacientes su turno observando embobados su manera de hablar, moverse, cortar el jamón o preparar una tabla de quesos, disfrutaban mientras la contemplaban atender a otros y algunos incluso cedían la vez para que ella los atendiera. Era una de esas personas de luz con las que a veces tenemos la suerte de cruzarnos en la vida y esa luz se irradiaba allí donde ella estaba.

Miraba con ojos tranquilos a las personas e intuitivamente adivinaba sus gustos, sus necesidades, escuchaba con interés y preparaba con esmero la mercancía. Sin darse cuenta hacía más fácil y alegre la vida de los demás. Cerca de ella el tiempo parecía detenerse, el aire era más cálido y se podía sentir su calma, su paz interior. El fiambre que ella cortaba y empaquetaba sabía mejor, el lomo y el jamón parecían excelentes cuando ella los preparaba... ¿misterios de la vida?



Esta persona tan fuera de lo común trabajaba como charcutera, aunque seguiría siendo especial en cualquier otro oficio que desempeñase. No era el trabajo en sí mismo sino su manera de hacerlo. Llegué a la conclusión de que su secreto era “trabajar con amor” y siempre que pienso en el día a día de los médicos me acuerdo de esta charcutera entrañable.

**“Si una charcutera era capaz de llenar el aire de magia con su buen hacer, yo me pregunto: ¿qué podrá conseguir el médico que trabaje con amor?”**



Los médicos necesitamos ejercitar esta compleja cualidad todos los días aunque estemos cansados, aunque sea un mal momento, aunque debamos atender a mil pacientes pesados. Si una charcutera era capaz de llenar el aire de magia con su buen hacer, yo me pregunto: ¿qué podrá conseguir el médico que trabaje con amor?

Nos preocupamos todos los días a lo largo de la vida de reciclarnos, actualizar nuestros conocimientos y habilidades para mantener la competencia profesional, pero ¿trabajamos el amor para trabajar con amor?

Es fácil perder la ilusión, no siempre nuestro ejercicio profesional es como lo habíamos soñado. El ideal médico de nuestra juventud puede no coincidir con aquello en lo que nos hemos convertido o con lo que nos ha tocado vivir.

El médico “nace”, porque sin vocación no puede existir un profesional completo pero también “se hace”, se construye con el paso de los años y las experiencias. Aunque es posible que se pueda ir deshaciendo con el paso de los años. Y un médico “se deshace” cuando olvida escuchar, mirar, tranquilizar, acompañar y en definitiva, amar.

Mantenemos el saber, perfeccionamos el intelecto y descuidamos otras cosas fundamentales. Los motivos pueden ser diferentes y no carentes de peso: presión asistencial excesiva, descontento económico, crisis vocacional, problemas personales, falta de reconocimiento profesional... ¿Excusas? ¿Podemos permitirnos estas excusas y seguir trabajando como médicos? ¿De seguir así deberíamos replantearnos el ejercicio de nuestra profesión?

No todas las personas tienen luz propia o al menos no tan envolvente y poderosa como la de nuestra querida charcutera a quien deseo rendir un sincero homenaje, no en todos los momentos de la vida seremos capaces de dar de la misma manera, de dedicar una atención que vaya más allá del conocimiento o el más exquisito virtuosismo profesional, pero lo que sí debemos recordar y sí hace falta rescatar de los rincones olvidados de nuestra juventud, es lo que nos motivó a elegir este oficio, porque seguro que encontramos respuestas y valores por los que seguir aprendiendo a iluminar el camino de los que hasta nosotros acuden. ■

# Informática

## Prestación no presencial de servicios sanitarios

Casi todos los prestadores de servicios sanitarios, tanto públicos como privados, tienen un denominador común que se puede resumir en una serie de hechos:

\* Han sido indiferentes a los grandes cambios surgidos en los últimos años en las formas de comunicarse entre personas utilizando las TIC (Tecnologías de la Información y las Comunicaciones).

\* Los procesos asistenciales están exclusivamente orientados a actividades presenciales, sin embargo, en un altísimo número de casos la interacción es únicamente verbal.

\* Existen muchas consultas orientadas a la realización de trámites administrativos y al seguimiento rutinario de pacientes en las que el valor añadido del acto presencial es bajo.

\* La organización sanitaria está perfectamente diseñada para la atención de episodios agudos sin embargo, en la mayoría de los casos, los pacientes con dolencias crónicas no son atendidos en los momentos de desestabilización sino de forma programada.

Las consecuencias de estos hechos son múltiples: las consultas con bajo valor añadido repercuten de una forma desproporcionada en la vida personal y laboral del paciente, los profesionales se sienten desmotivados por realizar actuaciones de bajo valor añadido, se producen faltas de eficiencia y se pierden oportunidades para mejorar la asistencia.

Con todo, existen multitud de servicios que se pueden prestar de forma no presencial y que redundarían en una mejora del servicio y de la eficiencia, utilizando canales tan sencillos como el teléfono o Internet.

**¿Qué servicios poner en marcha y para quién?**

Depende en cualquier caso de la estrategia de la organización. De forma general, la tipología de servicios se puede estructurar en cuatro grandes bloques: gestión de trámites

(cita previa, solicitud de segunda opinión o cambio de especialista, obtención de certificados, contratación, etc.), relacionados con actos clínicos puntuales (consejo médico, teleconsulta con médico o enfermería), servicios de seguimiento de pacientes crónicos (mediante protocolos de seguimiento y monitorización de valores), y de información general (cartera de servicios, centros, etc.).

Para todo ello, una de las tareas más importantes es hacer una adecuada segmentación del colectivo al que se pretende llegar con cada servicio, que vendrá determinado por los propios objetivos de la organización, pero también por criterios de edad y de familiaridad con las nuevas tecnologías.

**¿Qué infraestructura informática se necesita?**

Aunque la plataforma tecnológica depende de los servicios a implementar, de forma global los componentes necesarios son:

\* Portal web con funcionalidades web 2.0., que permita enriquecer los servicios con herramientas como asistentes virtuales, personalización a los usuarios, foros, etc. Debe contar con un gestor de contenidos que permita a la organización una gran agilidad en la publicación de los mismos y en su mantenimiento y que categorice adecuadamente cada uno de ellos.

\* Sistema CTI (*Computer Telephony Integration*) que permite la atención a través del canal telefónico y web de forma integrada.

\* Sistema PRM (*Patient Relationship Management*) para el registro de todos los contactos realizados con los pacientes y la información relacionada con los mismos.

\* Sistema de autenticación del paciente y cifrado de datos.

\* Herramientas de soporte a servicios específicos, como el consejo médico (equivalente a un triage telefónico o web) y el seguimiento de enfermos crónicos. ■



Oscar Gil García\*

» Existen multitud de servicios que se pueden prestar de forma no presencial y que redundarían en una mejora del servicio y de la eficiencia.

» Una de las tareas más importantes es hacer una adecuada segmentación del colectivo al que se pretende llegar con cada servicio.

\*Ingeniero de Telecomunicación, Gerente de Sanidad de PricewaterhouseCoopers.

Para contactar: oscar.gil.garcia@es.pwc.com

# Plazos y exenciones

## Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany\*

*Con el presente artículo se inicia una serie que pretende resolver las posibles dudas de nuestros lectores ante la elaboración de la declaración de la renta. La labor fiscal es una tarea tan importante como compleja, que el profesional de la medicina debe afrontar con el mayor número de herramientas viables. Desde Medical Economics nos ponemos a su disposición para facilitarles este cometido.*

### Plazos para presentar la declaración y para pagar

*¿Qué plazos tengo para presentar la declaración-liquidación del IRPF de 2009?*

Desde el 5 de abril y hasta el 23 de junio de 2010 puede solicitar a la Agencia Española de Administración Tributaria (AEAT) sus datos fiscales y el borrador de su declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) de 2009. Después, desde el 5 de abril y hasta el 30 de junio puede confirmar el borrador de declaración que tenga resultado cero, a devolver, o a ingresar pero sin domiciliación en cuenta, o cuando se renuncie a la devolución. El plazo termina el 23 de junio si confirma el borrador de una declaración con resultado a ingresar y pide la domiciliación en cuenta del importe que resulte. En el caso de que no confirme el borrador, el plazo para presentar la declaración-liquidación del IRPF (modelo D-100) se inicia el 3 de mayo y finaliza el 30 de junio, ambos inclusive, salvo que el resultado sea a ingresar con domiciliación en cuenta, en cuyo caso el plazo finaliza el 23 de junio.

Si su declaración-liquidación resulta a ingresar, puede pagar en dos plazos. En el primer plazo, antes del 30 de junio, o del 23 de junio si domicilia el pago en cuenta, deberá pagar el 60 por ciento de la cuota diferencial resultante de la declaración-liquidación. En el segundo plazo, antes del 5 de noviembre, deberá pagar el 40 por ciento restante.

### Exenciones

*¿Cuáles son los ingresos que no tengo que declarar?*

Por ejemplo, si ha salido premiado el número de lotería de Navidad que jugó en el hospital con sus colegas, está de doble enhorabuena, porque no sólo han ganado el premio sino que tampoco tiene que pagar a Hacienda un céntimo por lo ganado. El cien por cien de lo ganado está exento.

Si la crisis no ha afectado a su cartera de valores y en el año 2009 ha percibido dividendos por un importe de 3.500 euros, tenga en cuenta que los primeros 1.500 euros están exentos. Los restantes 2.000 euros tributarán al 18 por ciento.

Y si un hijo suyo ha percibido en el 2009 una beca pública para estudiar Medicina en el extranjero, el importe de la beca estará exento siempre y cuando la concesión se haya ajustado a los principios de mérito y capacidad, generalidad y no discriminación en las condiciones de acceso y publicidad de la convocatoria. El importe exento alcanzará los costes de matrícula, los costes de seguro de accidentes corporales y de asistencia sanitaria y una dotación económica máxima de 18.000 euros. El importe de la beca que supere los citados límites tributará como rendimientos del trabajo personal, en el caso de que su hijo esté obligado a declarar.

Tal vez le hayan despedido el año pasado de la clínica en la que trabajaba. Si fuera así, la indemnización que haya recibido estará exenta hasta el límite legalmente establecido. El exceso podrá beneficiarse de la reducción del 40 por ciento (es decir, sólo se somete a imposición el 60 por ciento), si su antigüedad en el hospital o la empresa era superior a dos años.

Supongamos que usted llevaba trabajando en la empresa cuatro años y en 2009 fue objeto de despido improcedente, por lo que tiene derecho a una indemnización de 45 días de sueldo por año de servicio. Si el importe en euros de estos 45 días por año de servicio alcanza los 20.000 euros, todo estará exento, por lo que el hospital o la clínica no le practicará retención alguna. Si, por cualquier motivo previsto en su contratación, la indemnización fuera de 26.000 euros, sobre esos 6.000 euros de exceso podrá aplicar la reducción del 40 por ciento, por lo que sólo tributará por el 60 por ciento de 6.000 euros, esto es, por 3.600 euros. ■

\* Socio director del bufete Alemany, Escalona & Escalante. Artículo escrito con la colaboración de Marisa Ramírez Prieto. Para contactar: info@alescab.es



# Líderes en la prevención



difteria, tosferina, meningitis, rubéola, rubeola, varicela, cáncer de cuello de útero por virus del papiloma humano

rubéola, **gripe**, tosferina, 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, tosferina, sarampión, meningitis, rubéola, gripe, poliomielitis, rabia, hepatitis-B, varicela



**sanofi pasteur MSD**  
vacunas para la vida

# 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>).

## CARDIOLOGÍA

### *La información sobre el riesgo coronario podría beneficiar a los pacientes de alto riesgo*

Arch Intern Med. 2010;170:230-239. [Febrero, 2010]

Los adultos con riesgo moderado o alto de cardiopatía coronaria (CC) podrían buscar tratamiento más probablemente si se les hace un cálculo cuantitativo de sus posibilidades de riesgo en forma de información sobre la CC, aunque el efecto de diseminar dicha información entre la población sigue sin estar claro, según investigadores de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Éstos revisaron 20 artículos sobre 18 estudios (incluidos 14 estudios aleatorizados y controlados) acerca de la repercusión que tiene informar a los adultos sobre el riesgo de CC con el fin de determinar las modificaciones de la percepción del riesgo en los participantes.

### ■ Un estudio asocia los refrescos al cáncer de páncreas

Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2010;19:447-455.

[Febrero, 2010]

Consumir dos o más refrescos a la semana podría asociarse a un mayor riesgo de cáncer de páncreas entre los chinos ancianos y de mediana edad, aunque los resultados procedentes de estudios de poblaciones principalmente blancas son contradictorios, según investigadores del Centro Médico Universitario de Georgetown. Al observar que las bebidas azucaradas pueden exponer al páncreas a niveles elevados de insulina que podrían producir cáncer, los investigadores evaluaron el consumo de refrescos y zumos, y el riesgo de cáncer de páncreas en 60.524 mujeres y varones chinos de Singapur (media de edad, 57,1 años). Al cabo de hasta 14 años de seguimiento, los investigadores registraron 140 casos de cáncer de páncreas. Después de ajustar los posibles

factores de confusión, las personas que consumían dos o más refrescos por semana, frente a los que no consumían ninguno, presentaban un riesgo significativamente mayor de cáncer de páncreas (razón de riesgos instantáneos: 1,87).

### ■ Los clínicos deben conocer los productos de herbolario que toman sus pacientes

J Am Coll Cardiol, 2010;55:515-525. [Febrero, 2010]

Los profesionales sanitarios deben conocer los remedios de herbolario que toman sus pacientes, que pueden interactuar de forma adversa con muchos de los medicamentos cardiovasculares habituales, según investigadores de la Clínica Mayo. Los investigadores revisaron la bibliografía médica de 1966 a 2008 buscando estudios de las interacciones entre los medicamentos cardiovasculares y los remedios de hierbas que recomiendan quienes practican la medicina complementaria y alternativa. Los revisores identificaron los productos que plantean riesgos especiales de interacción con los medicamentos habituales para el corazón y el sistema cardiovascular, hallaron que algunas de las interacciones más frecuentes se producen con el anticoagulante warfarina y algunos remedios de herbolario que crean un riesgo hemorrágico al aumentar el efecto de la warfarina (alfalfa, angélica, arándano, fenogreco, ajo, gengibre, ginkgo) o disminuirlo (ginseng y té verde).

### ■ Pacientes con diabetes, los médicos podrían tener prioridades de salud distintas

J of Gen Intern Med. [online] [Febrero, 2010]

Aunque los diabéticos con comorbilidad y sus médicos de atención primaria suelen coincidir en términos de prioridades de salud, dicha coincidencia tiende a ser menor en el caso de los pacientes menos saludables y de quienes plantean otras exigencias no relacionadas con la salud, según investigadores del Department of Veterans Affairs en Ann Arbor, Michigan. Éstos estudiaron a 92 médicos de atención primaria de nueve centros del VA del Medio Oeste, y a 1.169 de sus pacientes con diabetes e hipertensión. Mientras se pedía a los pacientes que eligieran el problema de salud que más les preocupase, a los médicos se les pidió que valorasen los problemas

de comorbilidad de sus pacientes en términos de su probable repercusión sobre los resultados de salud. Los investigadores concluyeron que, en conjunto, en 714 (72%) de los pares, la preocupación más acuciante del paciente aparecía entre las tres primeras preocupaciones del médico correspondiente, siendo la diabetes y la hipertensión las afecciones citadas más a menudo por médicos y pacientes.

### ■ Estudiados los esteroides en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

*Chest.* 2010;137:318-325. [Febrero, 2010]

En los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el tratamiento con corticosteroides inhalados (CI) podrían aportar únicamente modestos beneficios para prevenir las exacerbaciones de la enfermedad, según investigadores del Instituto de Investigación y Formación Médica de Posgrado de Chandigarh, India. Analizaron los datos de 8.164 pacientes reclutados por 11 estudios publicados entre 1998 y 2008. La revisión sistemática halló que los CI se asociaban a una modesta reducción del riesgo de exacerbaciones (riesgo relativo: 0,82), y su análisis de sensibilidad mostró que dicho beneficio se limitaba a los pacientes con volúmenes espiratorios forzados en un segundo inferiores al 50% (riesgo relativo: 0,79).

### ■ No todos los enfermos terminales reciben la atención deseable al final de la vida

*J Clin Oncol.* [online] [Febrero, 2010]

La mayoría de los enfermos terminales reciben atención al final de la vida conforme a sus propias preferencias y tienen más probabilidades de recibir la atención preferida si han hablado de ello con un médico, según investigadores del Instituto Oncológico Dana-Farber de Boston. Éstos encuestaron a 325 pacientes con cáncer avanzado sobre si preferían atención para alargar la vida o atención sintomática, y sobre la atención real que recibían al final de la vida. Los investigadores concluyeron que el 68% de los pacientes recibían asistencia terminal conforme a sus preferencias. Sin embargo, el 74% de los pacientes que reconocían su enfermedad terminal recibían dicha asistencia, y la mayoría preferían la atención sintomática. El 39% de los pacientes que referían haber hablado de sus preferencias al final de la vida con un médico tenían más probabilidades de reci-

bir tratamiento conforme a dichas preferencias (razón de posibilidades: 2,26), especialmente si reconocían estar en fase terminal (razón de posibilidades: 3,94).

### ■ La tomografía computarizada tiene ventajas en las cardiopatías

*Ann. Intern Med.* 2010;152:167-177. [Febrero, 2010]

La tomografía computarizada (TC) parece ofrecer ventajas sobre la resonancia magnética (RM) a la hora de descartar la cardiopatía coronaria, según investigadores de la Freie Universität de Berlín. Dichos investigadores analizaron los datos de un metaanálisis de 89 estudios con TC y 20 con RM que habían comparado estas técnicas con la angiografía coronaria convencional en adultos con cardiopatía coronaria conocida o sospechada. Los investigadores hallaron que la sensibilidad y la especificidad medias de la TC eran del 97,2 y el 87,4%, y las de la RM del 87,1 y el 70,3%, respectivamente. Los escáneres de TC con más de 16 hileras tenían una sensibilidad significativamente mayor que los de generaciones anteriores con un máximo de 16 hileras (98,1 frente a 95,6%). Durante las exploraciones con TC, las frecuencias cardíacas de menos de 60 latidos por minuto se asociaron a una mayor sensibilidad.

### ■ La metformina puede ayudar a los adolescentes con su índice de masa corporal

*Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164:116-123.

[Febrero de 2010].

Los adolescentes obesos que toman metformina de liberación prolongada además de someterse a alguna intervención sobre el modo de vida tienen más probabilidades de reducir su índice de masa corporal (IMC) que sus homólogos que sólo modifican el modo de vida, según investigadores de la Glaser Pediatric Research Network. Éstos estudiaron a 77 adolescentes de 13 a 18 años de edad con IMC igual o superior al percentil 95. Todos los participantes siguieron un programa de intervención sobre el modo de vida y, mientras que a 39 se les administraban 2000 mg al día de clorhidrato de metformina XR, a 38 les dieron placebo. Al cabo de 48 semanas de vigilancia se produjo un aumento del IMC de 0,2 en el grupo con placebo y una reducción de 0,9 en el de la metformina, según descubrieron los investigadores, continuando los efectos de 12 a 24 semanas después de suspender el tratamiento.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:



# Cultura

## LIBROS

### El paciente y las negligencias médicas

Los opúsculos acaban de ver la luz debidos a la pluma del prolífico y polifacético Juan Méjica, abogado asturiano experto en Derecho Sanitario, en coautoría con el catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo Julio Bobes. Uno de ellos se titula *El médico indefenso en la nueva cultura de las negligencias médicas*. Se trata de una didáctica de legalidad para la práctica clínica y la evitación de condenas judiciales, y abarca desde una visión histórica de la responsabilidad médica hasta un repertorio jurisprudencial, pasando por las clases de responsabilidad sanitaria en la que pueden incurrir tanto los profesionales como la Administración y una guía de actuación del médico en caso de demandas por mala praxis. El segundo libro desentraña y analiza *La Ley del Paciente* (éste es su título) e incluye una serie de consejos prácticos para los profesionales sanitarios. Bobes y Méjica parten de la finalidad, antecedentes y génesis de esta norma; continúan con un análisis de la misma con orientaciones prácticas, y la concluyen con un apéndice legislativo y un anexo documental acerca del consentimiento informado y las instrucciones previas.



**Títulos:** *El médico indefenso* y *La Ley del Paciente*.  
**Autores:** Juan Méjica García y Julio Bobes García.  
**Edita:** Universidad de Oviedo.

## EXPOSICIONES

### Recordando a Marañón

Hasta el próximo 6 de junio, la Biblioteca Nacional de España acoge, con motivo del cincuentenario del fallecimiento de Gregorio Marañón, la exposición "Gregorio Marañón 1887-1960. Médico, humanista y liberal", organizada conjuntamente con la Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales, la Fundación Gregorio Marañón y la Biblioteca Nacional de España. El objetivo de la muestra es dar a conocer la vida y la obra de una de las figuras más brillantes del siglo XX. Científico, médico, historiador y humanista, Gregorio Marañón fue miembro de la Real Academia Española, de las de Medicina, Historia, Ciencias Exactas, Físicas y de la de Bellas Artes de San Fernando.



### La fuerza de Monet en el Thyssen

El Museo Thyssen-Bornemisza y la Fundación Caja Madrid presentan de forma conjunta la exposición "Monet y la abstracción" que se podrá visitar desde el 23 de febrero hasta el 30 de mayo en las salas de ambas entidades. La muestra pretende explorar el papel central de este gran artista impresionista en el desarrollo de la abstracción tras el fin de la Segunda Guerra Mundial. A través de un recorrido a lo largo de la obra de Monet, que abarcará desde sus etéreos paisajes hasta las monumentales representaciones de su jardín de Giverny, donde pasó los veinte últimos años de su vida, se analizará cómo su permanente obsesión por captar la instantaneidad le llevó a desdibujar la representación pictórica en una atmósfera casi abstracta.



## CINE

### La "maravillosa" Alicia de Tim Burton

Tras una intensa campaña de marketing ya está en los cines españoles la versión de "Alicia en el país de las maravillas" del peculiar Tim Burton. Johnny Depp interpreta al Sombrero Loco y Mia Wasikowska a una Alicia de 19 años, que regresa al mundo mágico donde se adentró siendo una niña para reunirse con sus antiguos amigos: el Conejo Blanco, Tweedledee y Tweedledum, Dormouse, Caterpillar, el gato de Cheshire, y por supuesto, el Sombrero Loco.



# Internet

## El 'lobby' de Internet alcanza su mayoría de edad

Sección patrocinada por

Web de @  
**MUJER**

La llamada *Ley Sinde* o Ley de Economía Sostenible (LES), su verdadero nombre, comenzará su tramitación parlamentaria una vez que el Gobierno haya aprobado un texto en Consejo de Ministros que parte con el único respaldo de la Coalición de Creadores que representa, fundamentalmente, a las sociedades de gestión de derechos, que consideran Internet una especie de "isla pirata" a escala planetaria.



La 'Ley Sinde' sólo tiene el respaldo de la Coalición de Creadores.

Fabricantes, como Sony Computer Entertainment, que pierden millones de euros al año por las descargas ilegales reprochan al Gobierno que se haya quedado "corto", aunque considera positivo que aquellos que se consideren perjudicados puedan acudir a un juez con las pruebas en la mano para pedirle que se cierren webs.

Según el texto que ahora tendrá que negociarse con el sector y entre los partidos políticos, la Comisión de Propiedad Intelectual, dependiente del ministerio de Cultura, tramitará las denun-

cias efectuadas contra las webs, en un procedimiento rápido que incluye su bloqueo o cierre como medida cautelar.

La posterior intervención judicial se limitará a dilucidar si en el cierre de una página por decisión gubernativa se vulneran derechos fundamentales como la libertad de expresión.

Los más feroces opositores a la norma están representados por un conjunto de asociaciones de inter-

navistas, asociaciones de consumidores, bloggers y algunos partidos políticos que están promoviendo una campaña: 'Por la libertad en la Red. No al cierre de webs'.

Como prueba de la pujanza del sector, acaba de constituirse una patronal, una especie de CEOE digital, que bajo la denominación de Asociación Española de Economía Digital, integra a las principales empresas del sector, bancos y grandes empresas de servicios, cuya finalidad es "provocar una reconversión digital del Estado". ■

### La cultura y el café

Cientos de pensadores y políticos se han reunido en tertulias, donde el café era el testigo mudo de grandes conversaciones. Esta web es un espacio de ocio para conocer eventos literarios y culturales en los cafés del mundo.



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

### Cazadores de cerebros

Más de uno estará pensando en buscar trabajo, o simplemente cambiar de aires a otra empresa. Las empresas más importantes de cazatalentos se pueden encontrar a sólo un clic con este buscador.



<http://www.notrabajo.com>

## CIBERCONSEJOS

### Ciberataques a las empresas

Los resultados del estudio sobre el Estado de la Seguridad Empresarial 2010 indican que tres de cada cuatro empresas han sido víctimas de ciberataques en los últimos doce meses, según encuestas realizadas en enero de 2010, donde se han entrevistado a 2.100 directores de informática y de seguridad de empresas de 27 países. Las empresas sufren ataques frecuentes y en muchas ocasiones (un 36 por ciento) éstos son calificados de bastante o muy efectivos.

### Precauciones para los usuarios de Facebook

Facebook ha detectado envíos masivos de e-mail basura con virus, que tienen como objetivo a los 400 millones de usuarios de la red social, cuyo fin es el robo de claves secretas de cuentas bancarias y otros datos personales de los usuarios.

Los correos electrónicos advierten a sus lectores que sus claves secretas de Facebook han sido modificadas, e insta a abrir un archivo adjunto para conseguir las nuevas.

# Golf



Copa de La Reina

## Nerea Salaverría, nueva promesa del golf español

Superó a la jugadora sueca Emma Nilsson por un 'up' en una emocionante final.

**N**erea Salaverría sucede en el palmarés de esta competición a la francesa Lucie André y reedita el dominio español establecido entre 2003 y 2006, cuando Adriana Zwanck, Beatriz Recari y Carlota Ciganda, ésta última por segunda vez consecutiva, inscribieron su nombre como ganadoras de este prestigioso torneo.

Con una trayectoria digna de elogio por la solidez de sus victorias en las eliminatorias previas, Nerea Salaverría y Emma Nilsson establecieron desde el primer momento un duelo caracterizado por la calidad y el espectáculo de sus acciones.

La golfista española tomó la iniciativa en el primer hoyo gracias a un certero *birdie*, preludio de una reacción por parte de la jugadora sueca labrada entre los hoyos 4 y 6, momento en el que Emma Nilsson

se puso por delante en el marcador parcial.

Esta supremacía, que a la postre fue la única ocasión en que la jugadora nórdica dominó a Nerea Salaverría, dio paso a una vibrante reacción por parte de la donostiarra, que se apuntó los dos siguientes hoyos para dominar a su nuevo a su rival.

La tímida ventaja de Nerea Salaverría se amplió posteriormente en el hoyo 10 —aprovechó un *bogey* de la sueca— y, más importante aún, en el hoyo 13, gracias a un sensacional *birdie* de la golfista española.

Con tres hoyos de ventaja y sólo cinco para la conclusión del recorri-



**Nerea Salaverría, primera clasificada en este torneo.**

do, Nerea Salaverría rozaba el triunfo con sus manos de manera anticipada, una placentera sensación que sin embargo se tornó en creciente incertidumbre cuando Emma Nilsson, en una nueva demostración de garra, anotó sendos *birdies* en los hoyos 14 y 16 que no encontraron respuesta en la española.

La ventaja, limitada a un hoyo en el *tee* del 17, resultó sin embargo suficiente, dado que Nerea Salaverría volvió a aplicar la serenidad y el acierto exhibidos a lo largo de toda la semana para conservar la diferencia a su favor hasta el final en dos hoyos repletos de espectáculo y emoción. ■

## Ya hay más de 340.000 federados al golf

**E**l golf español ha superado la barrera de los 340.000 federados, una cifra impensable hace apenas unos años —a comienzos de siglo había poco más de 150.000 licencias—, pero que confirma la creciente, continua y homogénea expansión del deporte del golf en nuestro país. Atendiendo al último recuento oficial, efectuado el 1 de marzo de 2010, el número de licencias de golf es en concreto 340.384, lo que supone un aumento de 1.826 federados con respecto a primero de año, lo que en términos porcentuales significa un 0,5 por ciento más. Estas cifras consolidan al golf como una de las actividades deportivas con mayor base social en España. La Comunidad de Madrid se afianza por encima de los 97.000 federados -exactamente 97.338, un 28.6 por ciento del total-, mientras que Andalucía, segunda en el *ranking* de Federaciones Autonómicas con más licencias (52.259), se distancia un poco más de Cataluña, tercera en este listado con 45.740. Ya a cierta distancia se sitúan Comunidad Valenciana, con casi 23.500 federados; País Vasco, casi 20.500, y Castilla y León, camino de los 19.000. Galicia, con cerca de 13.000, y Asturias, con algo más de 10.500, son las otras comunidades autónomas con cinco dígitos para contabilizar el número de federados.

# EL ÉXITO NO SE IMPROVISA



PORQUE LA ORGANIZACIÓN DE UN CONGRESO ES UN  
CONJUNTO DE ACTIVIDADES PARA EL QUE  
SE PRECISAN EXPERTOS EN ÁREAS COMPLEMENTARIAS  
DE CARA A CONSEGUIR EL ÉXITO GLOBAL.

EL GRUPO DRUG FARMA OFRECE UN PLUS ADICIONAL RESPECTO  
A LOS ORGANIZADORES CONVENCIONALES DE CONGRESOS,  
APOYANDO LA ACTIVIDAD DESDE SUS ÁREAS DE DISEÑO,  
EDICIÓN, DISEÑO WEB Y MULTIMEDIA, Y COMUNICACIÓN,  
OFRECIENDO UN SERVICIO  
INTEGRAL Y DIFERENCIADO.

**DRUG FARMA**  

---

**CONGRESOS, S.L.**

Antonio López, 249-1º. 28041 Madrid. Tel.: 91 792 13 65 - Fax: 91 500 20 75  
Contacto: Lourdes Panizo • [dfc@spaeditores.com](mailto:dfc@spaeditores.com)



# iSOFT

**Nuestras soluciones crean un nuevo modelo de cooperación entre todas las personas involucradas en el proceso asistencial, incrementando la eficiencia y la calidad de los servicios que se prestan a los pacientes.**

**Operando en 40 países de los cinco continentes, iSOFT diseña, desarrolla e implanta sistemas de información que lideran la innovación sanitaria y cubren todas las necesidades del sector salud.**

**Con más de 25 años de experiencia en el sector, garantizamos un conocimiento especializado que nos permite conocer sus necesidades y ofrecerle la mejor solución.**

**[www.isofthealth.com](http://www.isofthealth.com)**