

# Medical Economics®

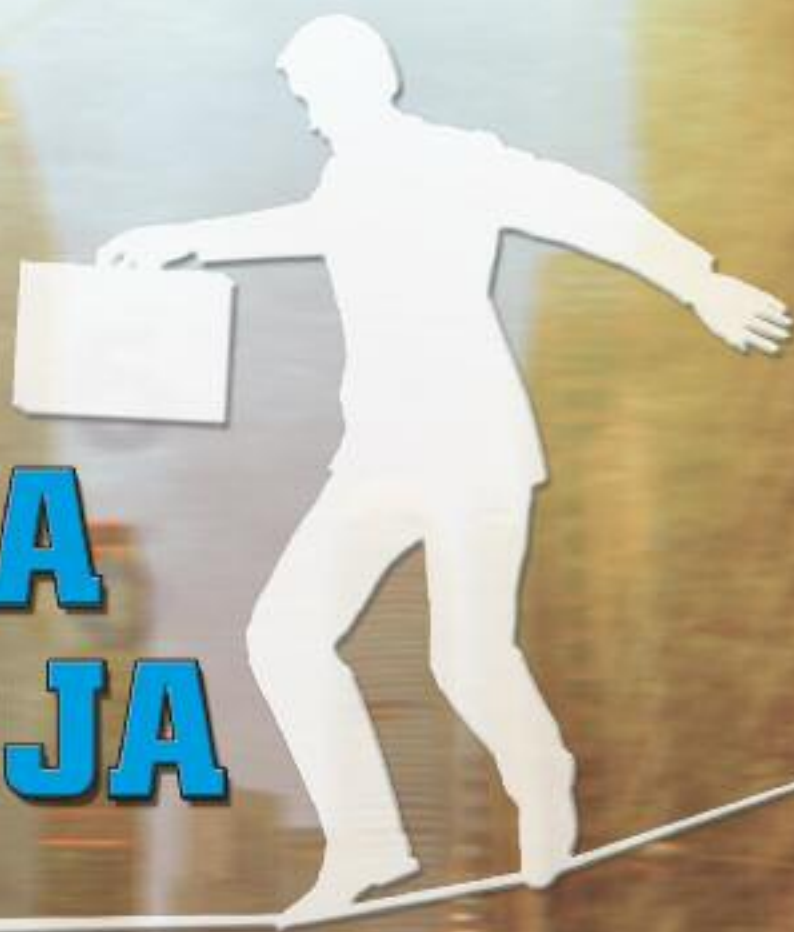
www.medeco.es.com

Nº 131 14 de mayo de 2010 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

## Mesa Redonda

### Mutuas de Trabajo

# EN LA CUERDA FLOJA



ADemás



CLUB MÉDICO

(pág. 23)

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.



**DKV**  
SEGUROS MÉDICOS

## DKV también cuida de mí

Los proveedores sanitarios de DKV Seguros destacan el compromiso adquirido con ellos y la satisfacción de trabajar con la compañía líder en seguros de salud. Por eso ya son 36.884 profesionales médicos y 295 centros sanitarios los que confían en DKV.

GRACIAS A TODOS

902 499 350  
[www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com)

*¡Vive la Salud!*

a member of **MUNICH HEALTH** 



## Editorial

### Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitalares

### Marta Aguilera Guzmán

Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

### Margarita Alfonso Jaén

Secretaria General de Fenin

### José Luis Álvarez-Sala Walther

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

### Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones  
United Surgical Partners

### Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

### Joan Josep Artells i Herrero

Director  
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

### Mariano Avilés Muñoz

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

### Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección  
Instituto de Salud Carlos III

### José María Barahona Hortelano

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

### Carlos Belmonte Martínez

Director de Instituto de Neurociencias de Alicante

### Miquel Bruguera i Cortada

Presidente  
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

### Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

### Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

### Guillermo Castillo Acero

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

### Enrique Catalán López

Consejero Delegado de Xanit H.C.M

### Ana Céspedes Montoya

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

### Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

### José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

### Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

### Jaime del Barrio Seoane

Presidente del Instituto Roche

### Manuel Díaz-Rubio García

Presidente. Real Academia Nacional de Medicina

### José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

### Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

### Joaquín Estévez Lucas

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud

### José Fernández-Vigo López

Director Médico  
Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

### Francisco Vicente Fornés Úbeda

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

### Antoni M. Fuster Miró

Gerente Unión Balear de Entidades Sanitarias

### Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

### José Angel García Rodríguez

Presidente. Sociedad Española de Quimioterapia

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico. Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Abraham Herrera

Jefe de RRH y Política Sanitaria de Bayer Schering Pharma

### Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología  
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

### Alvaro Hidalgo Vega

Departamento de Economía. Universidad de Castilla-La Mancha

### Héctor Jausás Farré

Socio Director de Jausás Abogados

### Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

### Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico. Dirección General de Farmacia

### Diego López Llorente

Presidente de Club Médico

### Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente  
Asociación Española de Derecho Sanitario

### José Manuel López Abuin

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

### Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales  
Chiesi España

### Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente  
Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

### Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

### Fernando Mesa del Castillo

Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

### Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

### Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

### Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

### Regina Múzquiz Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales  
Sanofi-Aventis

### César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología  
Facultad de Farmacia UCM

### José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología  
Hospital La Zarzuela, Madrid

### Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

### Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

### Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas  
Merck Sharp & Dohme España

### José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

### Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad. PricewaterhouseCoopers

### Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

### Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

### Emilia Sánchez Chamorro

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

### Eugeni Sedano i Monasterio

Director de RR.HH. Laboratorios Dr. Esteve

### José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica  
Facultad de Medicina. UAM.

### Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente  
Asociación Española de Derecho Sanitario

### Javier Subiza Garrido-Lestache

Director. Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

### Luis Truchado Velasco

Director  
EuroGalenus-Executive Search Consultants

### Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

### Luis Verde Remeseiro

Director del Área Sanitaria de El Ferrol (A Coruña)

## Expertos

### Gestión Profesional

**Felipe Chavida García**  
Médico de Familia  
Presidente de Idepro

**Elisa Herrera Fernández**  
Experta jurídica en Derecho Ambiental

**Jose María Martínez García**  
Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad

**Charo Vaquero Ruipérez**  
Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

### Derecho/Malpraxis

**Miguel Fernández de Sevilla**  
Profesor de Derecho Sanitario  
Facultad de Medicina UCM

**Ricardo de Lorenzo y Montero**  
Bufete De Lorenzo Abogados  
Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

**Ofelia de Lorenzo Aparici**  
Directora Área Jurídico Contencioso  
Bufete De Lorenzo Abogados

### Impuestos/Finanzas

**Natalia Aguirre Vergara**  
Directora de Análisis y Estrategia  
Renta 4 Sociedad de Valores

**José Ignacio Alemany**  
Socio Director  
Bufete Alemany Escalona & Escalante

### Capital Riesgo

**Luis G. Pareras**  
Médico Gerente  
Incubación Proyectos Empresariales  
-Medi Tecnología, Barcelona

### Nuevas Tecnologías

**Marcial García Rojo**  
Coordinador Sistemas Información  
Hospital General de Ciudad Real

**Oscar Gil García**  
Gerente de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Atención al Paciente

**Vanessa Asenjo**  
Directora de Calidad y Atención al Paciente de USP Hospitalares

## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaría de redacción

Almudena Caballero Díaz  
medeconomics@drugfarma.com

### Traducción

Laura Piperno

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz,  
Esther Sánchez

### 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

- 4 Profesión/Finanzas
- 8 Con ojo clínico

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 10 Gestión de Calidad  
La orientación a procesos
- 12 Tribunales  
La validez del consentimiento verbal
- 14 Internet y medicina  
Beneficios en el cáncer hereditario
- 18 Capital riesgo  
Modelos de negocio en las 'start up' biotecnológicas
- 22 Renta 2009 (II)  
Base imponible

## Y ADEMÁS...

- 6 De cerca
- 20 Sanidad autonómica  
Consejería de Sanidad de Galicia
- 40 Práctica profesional  
Sanidad privada
- 46 Las tres de últimas



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que es más eficiente en el uso de recursos la sanidad privada que la pública?

Participe a través de nuestra web:  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

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

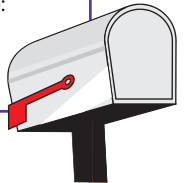


## ENCUESTA EXCLUSIVA

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

## SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web:  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)



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

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

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

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

© Copyright 2010 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 4.685,7

millones de euros fue el presupuesto inicial para sanidad de la Administración Central en 2009.

### 8,5

por ciento del PIB supone el gasto sanitario total en nuestro país.

### 1.980

euros por habitante cuesta la cobertura sanitaria.

### 43,4

por ciento del gasto sanitario se destina a remuneración del personal.

Fuente: Informe Sistema Nacional de Salud España 2010.

## MERCADO

### Acuerdo entre Cofares y Banesto

La cooperativa de distribución de medicamentos, Cofares, y el banco Banesto han firmado un acuerdo por el que la primera distribuirá en exclusiva los servicios del segundo. De esta manera, la cooperativa podrá prestar servicios financieros adicionales a sus 9.600 asociados. El catálogo estará compuesto principalmente por servicios destinados a pequeños comercios tales como seguros, depósitos, planes de pensiones, terminales punto de venta, etc. Para abordar esta nueva tarea la cooperativa ha creado Cofares Servicios Financieros Complementarios que dispondrá de una red propia de oficinas.



## PROFESIÓN MÉDICA

### Activo hasta los 70 años por sentencia

Después de que el Institut Català de la Salut (ICS) le denegara su solicitud, el Tribunal Supremo ha confirmado el derecho de un médico a permanecer en el servicio activo hasta los 70 años de edad. El médico había solicitado en el año 2004 al ICS la prolongación de su ejercicio hasta los 70 años. Tras la denegación recibida, interpuso un recurso contencioso-administrativo ante el Juzgado número 4 de Barcelona, que también lo desestimó. Sin embargo, finalmente el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (TSJC) ha revocado la sentencia dictada por el juzgado y confirmado el derecho del médico.



## ENTRE NOSOTROS

José Palacios Carvajal, miembro del Consejo Editorial de *Medical Economics*, ha sido galardonado con el premio a "Toda una vida profesional" de la Fundación Mapfre. El distintivo le ha sido otorgado en reconocimiento a sus excepcionales valores y a su labor clínica, docente e investigadora en la que ha conseguido un gran reconocimiento social y profesional. Palacios Carvajal ha sido jefe de Traumatología y Cirugía Ortopédica de los hospitales La Paz y Ramón y Cajal; y ocupó el puesto de subsecretario de Salud del Ministerio de Sanidad durante el gobierno de Adolfo Suárez, participando en la creación del sistema MIR.

## PROTECCIÓN DE DATOS

## Examen a la protección de datos en los hospitales españoles

La Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) ha requerido a 654 centros sanitarios para que envíen un informe antes del 31 de mayo con el objetivo de comprobar si se cumplen las garantías de protección de datos, especialmente en lo que se refiere a las medidas de seguridad y confidencialidad de la información sanitaria. Los informes recibidos serán evaluados por la AEPD para la elaboración de un informe general que incluirá recomendaciones a los centros. Durante el pasado 2009, la Agencia registró 123 denuncias y actuaciones previas de investigación en el sector de la sanidad, siendo los principales motivos de las mismas la aparición de documentación clínica en la vía pública o su almacenamiento en áreas no restringidas al público.



## TECNOLOGÍA SANITARIA

## España exportó tecnología sanitaria por valor de 1.497 millones en 2009

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) ha presentado su *Memoria anual 2009* en la que se indica que el valor de las exportaciones de este sector hasta noviembre de 2009 alcanzó los 1.350 millones de euros. Los datos del ejercicio completo de 2009 disponibles a fecha de la presentación de la memoria reflejan un valor de la exportación de tecnología sanitaria de 1.497 millones de euros.



Además de las exportaciones, cuyo principal punto de destino ha seguido siendo la Unión Europea, las empresas de tecnología sanitaria también han incrementado su presencia internacional a través de inversión directa en países emergentes y mercados europeos.

## SECTOR FARMACÉUTICO

## Lilly renueva www.farmaeconomia.com

Lilly ha renovado su página [www.farmaeconomia.com](http://www.farmaeconomia.com), sobre evaluación económica de intervenciones sanitarias, incorporándole un motor de búsquedas bibliográficas sobre artículos y estudios de evaluación económica, costes, calidad de vida y efectividad comparada, todos ellos realizados en ámbito español o con colaboración de autores españoles. Asimismo, incluye como novedad una sección de destacados con la principal noticia y el artículo más importante de cada mes en farmaeconomía.



## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

[www.medeco.es.com](http://www.medeco.es.com)

## Medical Economics

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



La mayor parte de los encuestados (33,5 por ciento) creen en el compromiso de las administraciones con el sistema sanitario, aunque consideran que su funcionamiento interno impide que éste se refleje de forma práctica. Un 25,3 por ciento consideran, en cambio, que esa implicación es real y se percibe. En cambio, un 23,8 por ciento no da crédito a ese compromiso por ser éste excesivamente politizado y un 17,4 por ciento opinan que no es comparable al demostrado por los profesionales sanitarios.

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

Santiago Grisolia García, secretario de la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados

## "Si fuera D'Artagnan lucharía contra la intolerancia"

*En un despacho acogedor, donde el recuerdo de Severo Ochoa lo abarca todo (su biblioteca literaria -no científica-, un retrato de él y su esposa Carmen, autora de un dibujo a lápiz de su marido durmiendo la siesta, más fotos y reconocimientos). Estamos en la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados, cuyo secretario general, Santiago Grisolia (Valencia, 1923), discípulo del Premio Nobel, reconoce que "el anarquismo es el sistema ideal" y que si fuera D'Artagnan "lucharía contra la intolerancia". Y fundamento no le falta, ya que en su juventud fue un arquero muy bueno, según él mismo reconoce.*

Por Gonzalo San Segundo

**PREGUNTA:** El profesor Juan Rodès suele decir que lo natural en la pareja es envejecer juntos. Usted lleva casado más de 60 años. ¿Cómo resiste uno tanto tiempo con la misma?

**RESPUESTA:** El profesor Ochoa decía que lo más importante era encontrar tu pareja apropiada. Y yo he tenido la gran suerte de encontrarla. De modo que no hay problema ninguno.

**P:** El año pasado publicó su primera novela, de carácter biográfico e histórico, titulada *El enigma de los grecos*. ¿Cómo se gestó?

**R:** Es una novela que tenía programada desde hace bastante tiempo y la he ido escribiendo en los veranos de los últimos 20 años. No puedes evitar que cosas tuyas aparezcan. Hay parte de ficción y parte de verdad. He utilizado muchos recuerdos personales y cosas que me han contado. En la parte histórica aparecen los templarios, la masonería, la Guerra Civil española, las Brigadas Internacionales...

**P:** Entre los aspectos biográficos que contiene la novela figura su adolescencia en Cuenca.

**R:** Durante la Guerra Civil yo era muy joven. A los 14 años, mi padre,

que era director del Banco Español de Crédito en Lorca y había sido trasladado a Cuenca, estaba preocupado por que me enviaran al frente porque yo era bastante alto, y me puso a trabajar en un hospital anarquista de Cuenca, el Hospital de Santiago, que data del siglo XIV. Y eso me produjo, naturalmente, una fuerte impresión. La mayor parte de los heridos que teníamos eran gente de las Brigadas Internacionales, que venían después de la primera oleada de la batalla de Guadalajara. Yo ayudaba al doctor Cuerda, que era amigo de mi padre, y hacía lo que me decía. Y como había poca gente, terminé haciendo anestésias con éter, que era lo único que había.

**P:** También le impactaron las diferencias entre anarquistas y comunistas...

**R:** De aquello deduje que el anarquismo es el sistema ideal de vida, lo que pasa es que no funciona.

**P:** ¿Fue su experiencia en el Hospital de Santiago el inicio de su vocación médica?

**R:** En realidad, cuando terminó la guerra, lo que quería era ser marino de guerra, porque me gustaban el uniforme blanco y el mar. Entonces, mi madre, que era muy lista, me dijo

que por qué no me hacía médico, dada mi experiencia y la existencia en la familia de muchos médicos y, además, me dijo que siempre podría ser médico en la Marina. Y así hice Medicina.

**P:** De Cuenca saltó a Madrid para estudiar Medicina, y tuvo otra experiencia que también le impactó bastante.

**R:** Pues sí. En el Departamento de Anatomía de la Facultad de Medicina había un museo y, entre cráneos de obispos y criminales, estaba la hija (su esqueleto, claro) del doctor Velasco vestida de novia. Este hombre se volvió loco cuando se le murió su única hija, a la que embalsamó, desenterró y llevó al museo, que él había creado [se trata de la leyenda de la hija del doctor Pedro González Velasco, acaecida a finales del siglo XIX, que Ramón J. Sender plasmó en un cuento incorporado al libro *La llave*, y que el doctor Arturo Perea y Prats puso en conocimiento de la Real Academia Nacional de Medicina en 1967 mediante un opúsculo de 29 páginas].

**P:** *El enigma de los grecos* narra la vida de un científico que recibe las claves sobre Jesucristo y sus milagros. ¿Cree usted en los milagros?

**R:** Sí. [Pausa]. Creo en el milagro más importante, que es el desarrollo científico en España, a pesar de todas las dificultades. Creo en ese tipo de milagros.

**P: Y descubre los secretos mejor guardados de los templarios. ¿Le ha revelado la vida algún secreto no científico?**

**R:** Muchos. Muchas cosas buenas y otras no tan buenas, como le pasa a todo el mundo. El más importante es la cantidad de buenas personas que he tenido la suerte de encontrarme en la vida, empezando por mi profesor en la Facultad de Medicina de Valencia (a donde me trasladé a mitad de curso por traslado de mi padre), García-Blanco [José María García-Blanco Oyarzábal], quien me invitó a trabajar en su laboratorio por las tardes. Y así comenzó mi interés por la investigación bioquímica. Resulta que García-Blanco había sido vocal suplente en el tribunal de oposiciones que dio la cátedra a Severo Ochoa.

**P: Y supongo que ésa sería una de las razones por la cuales luego usted conectó con Severo Ochoa en Estados Unidos.**

**R:** Efectivamente. Conseguí una de las pocas becas que se dieron después de la Guerra Civil para estudiar fuera de España, y me imagino que me la dieron porque había publicado una serie de trabajos con el profesor García-Blanco y porque parecía mayor ya que era calvo. Y en Estados Unidos trabajé primero con Vincent du Vigneaud, que fue Premio Nobel de Química en 1955, y luego con Severo Ochoa en Nueva York, quien luego se hizo muy amigo de mi familia.

**P: Marchó a Estados Unidos en 1945 con una beca del Ministerio de Asuntos Exteriores para ampliar estudios de bioquímica, y ha declarado que el pasaje del barco que le llevó hasta allí "era gente muy rica o de la farándula". ¿A quién recuerda?**

**R:** El barco se llamaba *Comillas*, y entre el pasaje recuerdo a Manolete y a uno de los hombres más ricos de México, de origen español y de apellido Arechederra. Fue una travesía de 28 días hasta llegar a Nueva York, con paradas en Lisboa, Funchal, Maracaibo, La Habana...

**P: Cuatro años después regresó a Madrid y alguien le dijo que se marchara de nuevo a Estados Unidos. ¿Quién se lo dijo y por qué?**

**R:** Yo intenté conseguir un puesto de trabajo en Madrid tras leer mi tesis doctoral con Jiménez Díaz como presidente del tribunal, que era muy amigo de don Severo. Y me fui a ver a mi antiguo catedrático de Fisiología, José María Corral, quien me dijo que lo mejor que podría hacer era volverme a los Estados Unidos. Y fui otra vez al Ministerio de Asuntos Exteriores y les pedí un billete sólo de ida, que de la vuelta me ocupaba yo. Y regresé a los Estados Unidos sin beca alguna, donde permanecí 27 años, más los cuatro que había estado anteriormente.

**P: Usted tiene la nacionalidad estadounidense. ¿Eso imprime carácter?**

**R:** No, lo que pasa que a mí me trataron muy bien, mi mujer es estadounidense de nacimiento y mis hijos nacieron en Estados Unidos. Yo no pensaba volver a España, pero me ofrecieron un puesto interesante y....

**P: Según usted, hay tres aspectos que mueven el mundo: el poder, el dinero y el sexo. ¿Con cuál se queda?**

**R:** [Risas mientras piensa]. Yo creo que con el poder [Reflexiona]. Bueno, tal vez el dinero, porque con el dinero se puede hacer todo.

**P: También ha dicho: "En ciencia, cada día es una aventura". ¿Me cuenta la última que haya tenido?**

**R:** He soñado con volver al laboratorio. Es como el primer amor: nunca se olvida.



"El anarquismo es el sistema ideal de vida, lo que pasa es que no funciona".

**P: ¿Y por qué no lo hizo?**

**R:** Hasta los 72 años seguí haciendo investigación en el Instituto de Investigaciones Citológicas de Valencia; luego lo dejé porque hay gente mucho más joven a la que debes dejar paso. A los jóvenes no les gustan los viejos y a mí tampoco [más risas]. Y entonces me metí en estos líos de los premios Jaime I, Alto Consejo Consultivo... Más o menos, dejé el laboratorio por la gestión.

**P: Si fuera D'Artagnan, uno de los personajes históricos que admira, ¿contra qué o quién lucharía? Porque usted fue arquero...**

**R:** Lucharía contra la intolerancia. Y sí, en mi juventud fui muy buen arquero.

**P: Suele hablar de política y de los políticos. ¿Cree que el presidente Francisco Camps saldrá bien parado del caso Gürtel?**

**R:** Sin duda alguna. Es una gran persona, un hombre muy religioso, y merece todos mis respetos. No creo que sea capaz de mentir. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



# Con ojo clínico

## A vueltas con la 'titulitis'



José María Martínez\*

**S**i bien en las grandes organizaciones clínicas públicas y privadas la definición de los puestos de trabajo y las funciones pueden decir que progresa adecuadamente en el tiempo y se ajusta cada vez más a la realidad de una actividad empresarial (sin desvincularse totalmente de tabúes habituales como el uso de la palabra marketing o la de desarrollo de “negocio” por falsos pudores ancestrales), la realidad es que el mundo sanitario en general y el español en particular está lleno de y mini pymes con pequeñas estructuras que pueden desvelar tanto un deseo de relieve profesional como una exaltación del “ego” de sus propietarios.

Y es muy gracioso observar los comportamientos. Cuando un profesional monta una pequeña estructura lo primero que hace es llamarse “director”, así sin más. Y hacerse una tarjeta de visita con dicha denominación.

Y esto, ¿qué significa? Casi nadie lo sabe sobre todo en su entorno exterior, salvo que es una autoridad en la toma de decisiones, respetable, que manda mucho. El problema es cuando además incluye en su equipo a un director financiero, a un director de calidad asistencial, a un director de compras... Todos son directores con alguna responsabilidad concreta. Y él ¿a qué se dedica? Se supone que a ser “director de directores”. Pero el tema se complica cuando también hay un consejo propietario del establecimiento que nombra a alguna persona *staff* responsable de la gestión (presidente) o este director tiene a su altura en el organigrama a un director médico. Siempre me ha gustado incidir en que se deben claramente delimitar las responsabilidades. Y en este caso está muy claro que lo correcto sería que se llamara desde el principio

“director general” o en su defecto “director gerente”.

O sea que lo correcto es poner apellidos a cualquier denominación: director general, gerente, propietario, presidente y clarificar por escrito sus funciones como demandan las buenas normas de calidad.

Como parte de la cultura empresarial sanitaria que debe seguir avanzando (lo está haciendo, sí, pero muy lentamente y quien diga lo contrario es un experto en cantos de sirena), he querido poner este ejemplo de confusión. Pero hay muchos más...

Así, son muy habituales en estas pequeñas clínicas de corte egocéntrico los intentos de mezclar churras con merinas, de forma interesada, eso sí. Por ejemplo, muchos catedráticos de universidad al abrir dicho tipo de establecimientos totalmente privados se “anuncian” escribiendo también este rango académico público en su promoción privada. Aquí debería existir un comando de limpieza de denominaciones que actuara para preservar la identidad y el respeto de la institución pública y aclarar que, si bien dicha mención está en el *curriculum vitae* de su poseedor por méritos propios, nunca debe servir de trampolín para su uso privado personal.

Señores seamos serios y actuemos, esto son sólo anécdotas, pero que se constituya un código ético y que a semejanza de otros sectores donde se preservan las rotulaciones idiomáticas o los derechos de autor a través de un organismo inspector, se proteja más al ciudadano-paciente de la información interesada real, pero no en el ámbito que se aplica y que, además puede atraerle engañosamente hacia el equipo con menos experiencia profesional. ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

# PROGRAMA AAP 2010

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



**BARCELONA**  
14 de septiembre  
Hotel Fira Palace

**MADRID**  
23 de septiembre  
Hotel NH Eurobuilding

**VALLADOLID**  
11 de noviembre  
Hotel Palacio de Santa Ana

CON LA GARANTÍA DE:



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

**LIVEMED**

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*

# Gestión de Calidad

## La orientación a procesos



Luisa Bautista\*

» Una vez identificados y descritos los procesos, hay que determinar su secuencia e interacción y especificar criterios e indicadores de seguimiento que aseguren su adecuado control

» La organización debe validar los procesos de prestación del servicio, demostrando la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados

Los servicios sanitarios se integran en un cuerpo de procesos que abarcan diversas funciones, desde la admisión hasta el alta del paciente, pasando por la prestación asistencial. La asistencia se presta a través de procesos básicos, soportados por otros no directamente asistenciales, que constituyen los procesos de apoyo.

El objetivo del proceso clínico es el restablecimiento o mejora de la salud del paciente, siendo por tanto la entrada del mismo el estado de salud previo del paciente y la salida o resultado el estado de salud del mismo una vez realizadas las actividades terapéuticas. Los procesos clínicos revisten *per se* una elevada complejidad dada la diversidad de patologías posibles y las condiciones particulares de cada sujeto.

Desde el punto de vista de la gestión de calidad, estos procesos deben ser identificados y planificados, centrándonos en los procesos básicos, para posteriormente desarrollar los accesorios. Una vez identificados y descritos los procesos, hay que determinar su secuencia e interacción y especificar criterios e indicadores de seguimiento que aseguren su adecuado control.

Además de los procesos básicos (que constituyen el servicio principal de la organización sanitaria) se pueden identificar procesos de apoyo que facilitan el desenvolvimiento de los procesos básicos.

La diferencia fundamental entre ambos, es que en los procesos básicos, el paciente siempre está implicado (por ejemplo en una intervención quirúrgica) mientras que en los de apoyo su participación puede ser de carácter indirecto (mantenimiento de instalaciones, gestión de historias clínicas, administración,...).

Una vez identificados e interrelacionados mediante el mapa de procesos, que supone una secuencia gráfica de los mismos y sus interacciones, con el nivel de detalle necesario para permitir su control, en el sentido de definir y gobernar las variables que permiten garantizar el resultado final deseado, la direc-

ción debe asegurarse de disponer de los recursos necesarios para su realización.

Esta provisión de recursos incluye personal adecuadamente formado, documentación adecuada para su descripción, equipamiento médico, infraestructuras y un ambiente de trabajo adecuado.

Adicionalmente, la organización debe validar los procesos de prestación del servicio, demostrando la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados, lo que implica la definición de: los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos, el mecanismo de aprobación de equipos y competencias requeridas al personal, los requisitos de los registros (por ejemplo de la historia clínica) y el uso de los métodos y procedimientos definidos.

Los procesos clínicos y de apoyo, pueden ser validados por un conjunto equilibrado de indicadores, por ejemplo tasa de ingresos urgentes o infecciones intrahospitalarias en el caso de los primeros, o porcentaje de pedidos de farmacia correctos en el de los segundos.

La validación de los procesos es imprescindible para garantizar la seguridad del paciente y del personal y mantener un servicio de acuerdo a los estándares de calidad preestablecidos por la organización o por el ordenamiento jurídico. Los resultados de algunos procesos clínicos son difíciles o imposibles de medir inmediatamente después de la finalización de las actividades que lo integran, por lo que su validación requiere un seguimiento a largo plazo u otro tipo de evaluación (por ejemplo, efectos de un tratamiento en pacientes oncológicos, tratamientos de rehabilitación,...).

Por todo ello, se deben aplicar procedimientos formales de validación de procesos que permitan asegurar el resultado final deseado en aquellos casos en los que no puede ser medido. Como ejemplos de herramientas de validación para evitar errores y reducir la variabilidad se pueden citar gráficas de control, análisis de riesgos, experimentos, etc. ■

\*Responsable de Gestión de Proyectos y Calidad. Subdirección Médica de Clínicas. ASISA.

## A.M.A. cierra 2009 con un beneficio neto de 1,33 millones de euros

**A**grupación Mutual Aseguradora (A.M.A.) consiguió cerrar el pasado ejercicio de 2009 con una media superior a la del sector en todas sus áreas, tal y como reflejan los resultados presentados por la empresa recientemente. Según estos datos, el beneficio neto para el pasado año fue de 1,33 millones de euros, y los ingresos totales por primas de 178,96 millones de euros, un 1,6 por ciento menos que en el ejercicio anterior, frente al descenso medio del 2,6 por ciento del resto del sector.



Por otra parte, la aseguradora incrementó en un 2,55 por ciento su número total de pólizas, que ya superan el medio millón, y en un 2,66 por ciento el número de mutualistas. De cara al presente año, los objetivos estratégicos que se ha fijado A.M.A. son proseguir la fidelización de mutualistas y la suscripción entre estos de nuevos productos, además de extremar la calidad en coberturas y tarifas evitando perder competitividad en precios. ■

## Grupo Chiesi afianza su tendencia alcista con un crecimiento del 16,5%

**E**l grupo italiano Chiesi ha confirmado su ciclo de crecimiento tanto en su país de origen como en el resto de mercados con las cifras logradas el pasado 2009. Las ventas alcanzaron 872 millones de euros, registrando una subida con respecto al 2008 del 16,5 por ciento. Además de las ventas tradicionales del Grupo, estos datos incluyen los resultados de Cormerstone Therapeutics, empresa americana adquirida por Chiesi y cuyas ventas fueron consolidadas en el período agosto-diciembre. La contribución total del mercado italiano es de 34,6 por ciento, con un crecimiento del 5,2 por ciento con respecto al 2008, el resto corresponde a los mercados internacionales.

Gracias a estas cifras la empresa continúa figurando entre las siete compañías farmacéuticas del mundo con mejor desarrollo. Las inversiones de 132,6 millones de euros, un 22 por ciento más que en el 2008 y un 15,2 por ciento del total de sus ventas en I+D, están alcanzando resultados significativos para el registro de nuevas moléculas y nuevas indicaciones terapéuticas. ■



## 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**

# Tribunales

## La validez del consentimiento verbal



Miguel Fernández de Sevilla\*

### Tribunal Supremo

Sala de lo Civil  
Sentencia 13-10-2009

### Hechos

Don C. S. padecía, entre otras dolencias, una degeneración macular bilateral que, sin lugar a dudas, a juicio del oculista, a medio plazo le produciría una ceguera total. También sufrió un desprendimiento de retina con motivo de una hemorragia, que determinó su traslado urgente al hospital de Valencia, en donde se le sometió con carácter de urgencia a una vitrectomía. Esta intervención, si bien no corregía la falta de visión, sí era determinante para no perderla toda. A pesar de que la intervención fue un éxito, lo cierto es que a los pocos días sufrió una nueva hemorragia que obligó a intervenirle de nuevo.

Al médico se le demandó, imputándole negligencia en su primera intervención, lo que motivó la segunda hemorragia y la necesidad de una nueva operación. También se le imputó falta de información al demandante sobre la intervención y sus riesgos y el no haber recabado el consentimiento informado.

La tesis del demandado fue que se tuvieron que realizar dos intervenciones, porque hubo un error en la primera y que este error tuvo que subsanarse en otra intervención posterior, lo que originó un daño al paciente y, a su vez, la falta de consentimiento informado.

### Fallo

La sentencia del Juzgado absolvió al médico, ya que no quedó probada la mala praxis de la primera intervención; y el hecho de que días más tarde sufriera otra he-

morragia se consideró un imprevisto que en nada influyó en la evolución del paciente, pero nunca consecuencia de una negligencia médica. La Audiencia Provincial confirmó la sentencia de instancia, por lo cual el demandante presentó recurso extraordinario de casación por infracción procesal.

### ANÁLISIS: El consentimiento informado verbal

Los motivos aducidos en el recurso de casación fueron la incongruencia de la sentencia, al no pronunciarse sobre la responsabilidad del centro sanitario por omitir información al paciente, necesaria para que éste autorizase la intervención. El recurso quedó desestimado al no haberse planteado esta cuestión en la demanda.

También fue desestimado el motivo de la falta de consentimiento escrito debido a la urgencia de la intervención, aunque se probó que se le suministró información adecuada y suficiente y no se le ocultó nada, es decir hubo información aunque no de forma escrita.

Se ha escogido esta sentencia porque hay muy pocas que, dentro de la responsabilidad médica, se refieran a la especialidad de Oftalmología, sobre todo en comparación con otras especialidades quirúrgicas.

Esta sentencia tiene, además, la particularidad de que, después de la doctrina jurisprudencial de nuestro más Alto Tribunal sobre el consentimiento informado, que lo considera como un acto médico más cuya omisión es condenable por mala praxis, aunque no exista resultado dañoso, se admite de forma verbal y no necesariamente escrita, siendo determinante la urgencia con la que hay que actuar en estos casos, que quedó probada. ■

» Al médico se le imputó por falta de información al demandante sobre la intervención y sus riesgos y por no haber recabado el consentimiento informado

» El motivo de la falta de consentimiento escrito fue desestimado basándose en la urgencia de la intervención y en que se le suministró información adecuada y suficiente aunque no de forma escrita

\*Profesor de Derecho Sanitario y letrado del Consejo General de Enfermería.

Para contactar: mfernandezmor@telefonica.net

Juan Carlos García Benito, presidente de la Asociación de Administrativos de la Salud

## “Nuestro mayor logro fue crear un nexo de unión entre los profesionales administrativos”

*Tras diez años de vida, la AAS se confirma como una realidad con personalidad propia y afronta los nuevos retos de un sector cuya importancia en el ámbito sanitario comienza a estar plenamente reconocida*

**¿Qué objetivos se han fijado para la celebración del II Congreso de Administrativos de la Salud? ¿Cuáles son las novedades respecto al primero?**

Nuestro principal objetivo era crear un programa atractivo para el profesional administrativo de la salud. A la vez deseábamos que la participación aumentase, algo que finalmente hemos conseguido. Tanto es así que nos hemos visto gratamente sorprendidos en la presentación de comunicaciones orales, y en la categoría de póster se ha triplicado la recepción de trabajos con respecto a la edición de 2008. En cuanto a las novedades hay que destacar la inclusión de nuevos temas, algunos de ellos de tremenda actualidad, y siempre con ponentes de primera línea. Hay que destacar también ciertas novedades en el plano social del Congreso. Resulta difícil ofrecer al congresista nuevos espacios físicos sin cambiar la sede, la ciudad de Cuenca, pero a la vez la extensa variedad que ofrece la misma nos ha permitido que físicamente muchos de los actos se desarrollen en entornos totalmente cambiantes con respecto al primer Congreso.

**¿Qué temas destacaría como prioritarios para esta edición?**

El Congreso se abre con una conferencia sobre comunicación y humanización, herramienta fundamental para el colectivo. Además, hemos incluido temas tan actuales e interesantes como el proyecto AP21 en Atención Primaria, inmigración y salud, la calidad en los servicios no asistenciales de la sanidad, en la que el administrativo de la salud tiene un papel fundamental, la presentación de un estudio elaborado por sociólogos de la Universitat Autònoma de Barcelona sobre el trabajo administrativo, la importancia de las asociaciones de adminis-



Juan Carlos García Benito.

trativos de la salud en nuestro país y finalizaremos con una mesa redonda donde se pondrá en valor la importancia de esta profesión en diferentes ámbitos de la sanidad.

**¿Qué posición ocupa en la actualidad el administrativo de la salud, tanto en el entorno sanitario como en la sociedad en general?**

El administrativo de la salud ha sido durante décadas el gran olvidado de la sanidad, aún hoy no tenemos el papel destacado que deberíamos ostentar. La sociedad en general, y así lo indican las diferentes encuestas realizadas por distintas entidades de la salud, sí valora el trabajo de estos profesionales. Está claro que el administrativo de la salud, en la mayoría de los centros sanitarios es el profesional que en primera instancia atiende al usuario. Estamos en todos los ámbitos de la sanidad, atención al usuario, recursos humanos, gestión económica, suministros sanitarios, hospitalización de pacientes, etc, sin embargo nuestra experiencia y opinión es escasamente tenida en cuenta en los estamentos directivos de los centros.

**Este año la Asociación celebra su décimo aniversario, ¿qué ha cambiado en este tiempo?, ¿qué logros destacaría?**

Son diez años en los que la reflexión acerca de lo realizado y el pensamiento en el futuro debe unirnos en un objetivo común. Desarrollo, implicación, corporativismo, formación, etc, son retos que desde la asociación seguiremos marcando para el futuro próximo.

Durante este tiempo son muchos los cambios, el primero de ellos el número de socios, en 2000 cuando la Asociación echó a andar, escasamente la formábamos 15-20 personas, ahora en 2010 son cerca de 300 los socios con los que contamos. Quisiera destacar la gran labor de responsabilidad que realizaron los diferentes miembros de las juntas directivas anteriores. Uno de los principales logros fue crear un nexo de unión entre los profesionales. Además hubo un importante esfuerzo en el campo de la formación y los primeros pasos para un reconocimiento por parte de la administración.

**¿Cuáles son los retos que aguardan en el futuro inmediato de los administrativos de la salud?**

En cuanto a la Asociación se refiere, darnos a conocer hasta el último rincón de la geografía española y emprender proyectos con otras entidades ya existentes. Como profesionales debemos ampliar nuestro campo de actuación y hacer llegar nuestras ideas, opiniones, proyectos de mejora, etc a nuestros centros de trabajo, sin olvidar que debemos estar muy atentos a los continuos cambios tecnológicos, avances en el estado de bienestar y exigencias ante los nuevos usuarios del sistema sanitario del siglo XXI. ■

# Internet y medicina

## Beneficios en el cáncer hereditario

*Un plan de acompañamiento online beneficiaría a las mujeres portadoras de genes cancerígenos y a sus familiares*



Marcial García Rojo\*

Los genes de susceptibilidad de cáncer de mama BRCA1 y BRCA2 pertenecen a una clase de genes conocidos como supresores de tumores. La mutación de estos genes se ha relacionado con cáncer de mama y de ovario hereditarios. De esta forma, el riesgo que una mujer tiene de desarrollar cáncer de mama y/o cáncer de ovario aumenta considerablemente si ha heredado una mutación en los genes BRCA1 o BRCA2.

Sin embargo, un resultado positivo en la prueba genética para los genes BRCA1 y BRCA2 sólo sirve para proporcionar información sobre el riesgo que tiene esa persona de padecer cáncer. Esta prueba no sirve para determinar si una persona determinada desarrollará cáncer o cuándo lo hará. No todas las mujeres en las que se detectan mutaciones peligrosas de BRCA1 o BRCA2 padecerán cáncer de mama o de ovario.

Por ello, estas determinaciones sólo están indicadas en situaciones muy concretas, como familias con antecedentes de múltiples casos de cáncer de mama, enfermedades que padecen tanto cáncer de mama como de ovario o cuando uno o más miembros de una familia tiene más de un tipo de cáncer, entre otras indicaciones.

Dadas las importantes implicaciones, tanto personales como familiares, de este tipo de estudios genéticos, sólo es recomendable realizarlos cuando la mujer que se somete a ellos participa en un programa de consejo genético, asesorada por profesionales con experiencia en genética del cáncer, antes y después de la realización del estudio.

Un estudio realizado en el Reino Unido puso de manifiesto que las mujeres

portadoras de mutaciones peligrosas de los genes BRCA no están satisfechas con la información que reciben y el apoyo psicológico es insuficiente. Las necesidades de cada mujer son muy diferentes, por lo que deben ofrecerse soluciones personalizadas de apoyo psicológico y de información. Las publicaciones recientes indican que la mayoría de las mujeres portadoras de mutaciones BRCA y sus familiares se beneficiarían de planes de acompañamiento en red que deben incorporar información pertinente, junto con elementos de grupos tradicionales de apoyo y herramientas de Internet para grupos, como foros web y talleres dirigidos por profesionales.

En estos foros de Internet es especialmente importante que exista participación de profesionales con experiencia en consejo genético, siguiendo un modelo de expansión radial de la información, que ayude a las portadoras de las mutaciones y a sus familiares a vivir y hacer frente al riesgo genético.

Puesto que en el consejo genético deben participar activamente los profesionales de Atención Primaria, los recursos disponibles en Internet sobre cáncer hereditario pueden ayudar a estos profesionales para dar el apoyo necesario a estas mujeres.

El grupo de trabajo BayesMendel (<http://astor.som.jhmi.edu/BayesMendel/>) ha desarrollado diversos modelos matemáticos y herramientas de código abierto que permiten analizar el riesgo de portar genes relacionados con una mayor susceptibilidad al cáncer, como el programa BRCAPRO para asesorar en la probabilidad de ser portador de una mutación en los genes BRCA1 y BRCA2. ■

» Un estudio realizado en el Reino Unido puso de manifiesto que las mujeres portadoras de mutaciones peligrosas de los genes BRCA no están satisfechas con la información que reciben

» Los recursos disponibles en Internet sobre cáncer hereditario pueden ayudar a los profesionales de Atención Primaria a dar el apoyo necesario a las mujeres afectadas

\* Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Ciudad Real y vocal de Castilla-La Mancha de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud. E-mail: marcial@cim.es

PONTE UN

10%

Y de regalo, esta  
camiseta exclusiva



Ahora, por ser mutualista de A.M.A.  
te damos **UN 10% DE DESCUENTO\***  
en cualquier nuevo seguro que contrates.

\* Descuento aplicable en cualquier póliza de nueva producción que contrate un mutualista.  
Oferta válida para contrataciones realizadas del 15 de abril al 31 de diciembre de 2010 y aplicable  
a la primera anualidad.

Para más información llama al:  
**902 30 30 10**  
o acude a tu oficina más cercana.



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

# Economía de la Salud

## en el Área de Incontinencia

### Los costes ocultos (II)



Elena Galbis Moreno\*

La incontinencia urinaria se ha convertido en uno de los grandes problemas sanitarios del siglo XXI, una patología que afecta especialmente a las personas adultas y que provoca un impacto económico mayor de lo pensado.

Para alcanzar un alto nivel de calidad asistencial es necesario comenzar por utilizar absorbentes de calidad y formar al personal de las residencias en temas tan importantes como la correcta utilización de los absorbentes de incontinencia.

Es necesario adaptar el tipo de absorbente a cada grado de incontinencia y a las características individuales del residente (tratamiento individualizado).

Hoy en día disponemos de productos en el mercado que son totalmente transpirables y consiguen que la piel del paciente incontinente permanezca sana.

Como no existe ningún método de seguimiento de los posibles efectos adversos de la utilización de absorbentes (al contrario que en el caso de los medicamentos, que cuentan con la farmacovigilancia), es necesario que las personas implicadas en la gestión de la incontinencia sean conscientes de su responsabilidad frente a este tema y conozca las repercusiones de sus decisiones.

El cuidado de la incontinencia conlleva más costes de lo que parece, pero una gran parte de estos costes se puede su-

primir. Los absorbentes para la incontinencia provienen de un presupuesto que depende directamente de Sanidad. Es el coste más destacado en el cuidado de la incontinencia, aunque si pudiéramos enmarcarlo en el presupuesto total de una residencia sólo supondría el 1% del total de los costes.

El tiempo de trabajo necesario para cambiar los absorbentes conlleva aproximadamente otro 4% de los costes totales y está directamente relacionado con la selección de absorbentes y protocolos.

Son los costes consecuentes (o costes ocultos) los que recaen directamente sobre la residencia y corresponden a un 10% de los costes totales (del presupuesto global de la residencia). Este 10% se asocia a una selección de productos, protocolos de trabajo y actuaciones del personal poco adecuadas (ver tabla).

>> El cuidado de la incontinencia conlleva más costes de lo que parece, pero una gran parte de estos costes se puede suprimir

>> Los costes consecuentes, o costes ocultos, recaen directamente sobre la residencia y corresponden a un 10% de los costes totales

Causas de los costes consecuentes:	Porcentaje de los costes totales:	% costes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Selección de absorbentes y protocolos poco adecuados, que se asocian a demasiados cambios de absorbentes</li> </ul>	3%	10% de coste consecuentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdidas que suponen cambios de la ropa de cama, más trabajo y más carga de lavandería</li> </ul>	2%	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones de la piel que requieren tratamiento</li> </ul>	3%	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Costes relacionados con el personal (p. ej. bajas por enfermedad, rotación de personal)</li> </ul>	2%	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Coste por el cambio de absorbentes</li> </ul>	4%	4% de costes por tiempo de trabajo
<ul style="list-style-type: none"> <li>Coste de los absorbentes</li> </ul>	1%	1% de costes de absorbentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Coste del cuidado de la incontinencia</li> </ul>	15%	15%

Sección patrocinada por:



## ¿Qué es Tena Services?

Es un conjunto de herramientas y servicios para la gestión de la incontinencia, especialmente pensado para residentes, personal y gerentes de las residencias de ancianos. Su objetivo es ayudar a garantizar el cuidado óptimo de los residentes, a pesar de la escasez de recursos y las elevadas demandas de eficiencia que caracterizan al actual sistema sanitario.

### ¿En qué consiste?

Tena Services incluye una amplia gama de servicios clasificados en tres grupos diferentes: **Plan**, **Coach** y **Monitor**. Pero no se trata de un conjunto aleatorio de servicios. Los elementos de Tena Services están relacionados según una secuenciación planificada.

El resultado es un enfoque global en la gestión de la incontinencia, que ayuda a ofrecer, y mantener, un cuidado de calidad.

### ¿Cuáles son sus utilidades?

El **Plan** identifica las posibles mejoras en el cuidado de la incontinencia, y determina un plan de acción para poner de manifiesto este potencial. Junto con la residencia se revisan sus objetivos de calidad en el cuidado, ambiente en el entorno de trabajo y costes totales. Se descubren los costes consecuentes (por ejemplo, los costes causados por las consecuencias de derrames innecesarios) y sus causas.

Con el **Coach** se traslada el plan de acción a la práctica. En colaboración con la residencia, se revisan los protocolos de trabajo; se define el tipo de apoyo que requiere el personal, (por ejemplo formación y acceso al personal de enfermería); y ayudamos a diseñar, mejorar y mantener procedimientos personalizados de cuidados de los usuarios de absorbentes; formamos y motivamos a los responsables de la gestión de la incontinencia, ayudándoles en sus actividades diarias.

El **Monitor** incluye servicios para comprobar si se alcanzan las mejoras acordadas. Hay herramientas para recoger los datos

cuantitativos (consumo de absorbentes, costes de lavandería, etc.), así como la información cualitativa (satisfacción de los residentes y el personal, etc.). En caso de que se observen desviaciones entre los objetivos y los resultados, el Monitor descubre por qué y sugiere las medidas que lo pueden corregir.

### ¿Qué beneficios aporta?

- ✓ Menor coste total. TENA *Services* trata las causas de los “costes consecuentes” (es decir, los costes innecesarios asociados al consumo de absorbentes, el trabajo, la lavandería y el tratamiento dermatológico). El resultado puede ser una reducción en los costes totales para la residencia. De hecho, la reducción a la mitad en la incidencia de derrames puede reducir enormemente el presupuesto para la incontinencia de una residencia de ancianos.
- ✓ Mejoría en el bienestar de los residentes. TENA *Services* permite desarrollar, mejorar y mantener protocolos de cuidado personalizados para cada usuario de absorbentes. Además asegura que los absorbentes se ajusten correctamente. Se reducen al mínimo los derrames y la exposición de la piel a la humedad, y con ello aumentan el bienestar físico y psicológico, la movilidad y la vida social de los residentes.
- ✓ Menor estrés para el personal. Los cambios innecesarios de absorbentes, ropa de cama y vestimenta constituyen una importante carga para el ocupado personal de las residencias de ancianos. El cuidado personalizado que se consigue con TENA *Services* reduce al mínimo el consumo de absorbentes. Esto permite al personal disponer de su valioso tiempo para otras tareas. Además, nuestros servicios también facilitan los pedidos y las tareas administrativas. ■

## Para saber más:

<http://www.tena.es/Profesionales/equilibrio-costes-cuidados/>

# Capital Riesgo

## Modelos de negocio en las 'start-up' biotecnológicas



Luis G. Pareras\*

» Las *start-up* biotecnológicas deben encontrar su posicionamiento óptimo en la cadena de valor de la puesta en el mercado de fármacos

» La tendencia es que las compañías farmacéuticas externalicen, cada vez más, buena parte del proceso de descubrimiento de las nuevas sustancias candidatas a fármacos

El modelo de negocio de una *start-up* del sector biotecnológico se basará como siempre en cómo y utilizando qué recursos puede crear valor a partir de su tecnología. La tendencia es que las compañías farmacéuticas externalicen, cada vez más, buena parte del proceso de descubrimiento de las nuevas sustancias candidatas a fármacos, y licencien este proceso directamente a la compañías biotecnológicas.

En primer lugar, al definir el modelo de negocio adecuado, las *start-up* deberán considerar las distintas líneas posibles de ingresos a través de las cuales el valor es creado, incluyendo la venta directa de los derechos de explotación del producto/molécula/*target* en cartera, la licencia de la tecnología con *royalties* asociadas o la consultoría de soporte técnico, entre otras opciones. A continuación, deben encontrar su posicionamiento óptimo en la cadena de valor de la puesta en el mercado de fármacos (investigación, desarrollo, producción, marketing y venta), de modo que este posicionamiento capture valor de forma óptima, permitiendo también al resto de la cadena capturar parte de ese valor. De este análisis, surgirá la decisión de ser:

• **Plataforma tecnológica.** Pueden estar basadas en una gran variedad de tecnologías, todas ellas orientadas bien a aumentar la eficiencia y la efectividad del ciclo de producción de nuevos fármacos o, más en general, a mejorar algún aspecto de las actividades de la biotecnología. Este tipo de tecnologías son conocidas a veces como *enabling technologies*, porque posibilitan actividades que antes no era posible realizar (ya en sentido estricto o porque la relación coste beneficio las hacía inviables).

• **RIPCO (*royalty income pharmaceutical company*).** Bajo este modelo de negocio, la compañía biotecnológica trata no sólo de aportar tecnología, sino también de aportar sustancias prometedoras descubiertas utilizan-

do su propia tecnología, para licenciarlas a una compañía farmacéutica "clásica" que se encargará de completar su estudio clínico y de su puesta en el mercado. Comporta de nuevo ingresos periódicos en forma de *royalties* de acuerdo con las ventas del nuevo fármaco.

• **FIPCO (*fully integrated pharmaceutical company*).** Necesitan recursos económicos muy importantes para desarrollar su actividad, puesto que en esencia pretenden integrar todo el ciclo de producción de los nuevos fármacos (basados en su propia tecnología) en las competencias de la compañía. Muchas de las primeras biotecnológicas optaron por este modelo, y la gran mayoría fracasaron en el empeño. Recordemos que las barreras de entrada no son solamente económicas. El riesgo de que el fármaco que persigamos no llegue nunca al mercado es importantísimo, y un sólo fracaso puede llevar en ocasiones a la compañía a la quiebra.

• **NRDO (*no research development only*).** Compañía que desarrolla un fármaco sin haber aportado tecnología durante la investigación. En el panorama de la industria farmacéutica actual, los fármacos demasiado "verticales" (especializados) con potencial de ventas no muy elevado han dejado de ser interesantes para las farmacéuticas clásicas. Esto hace que algunas biotecnológicas compren o licencien los derechos de desarrollo de esas sustancias a las farmacéuticas, para acometer el proceso de llevar el fármaco al mercado ellas mismas.

Algunas preguntas que conviene plantearse durante este proceso: ¿Debemos concentrar nuestras capacidades en la etapa de investigación, o debemos ir abarcando más y más aspectos del ciclo hasta convertirnos en una FIPCO?, ¿dónde generamos más valor?, ¿podemos extender nuestro ámbito de actividad en la cadena de valor?, ¿qué recursos necesitamos si queremos hacerlo?, ¿es posible conseguir esos recursos? ■

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

## “Biobridge Event 2010”, lo último en medicina regenerativa

Un año más la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC) y el Ayuntamiento de Sitges han aunado esfuerzos para organizar las XVIII Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Cosmética, que se celebrarán en dicha localidad barcelonesa entre los días 21 y 23 de mayo.

Uno de los grandes atractivos de estas XVIII Jornadas Mediterráneas es la inclusión de la conferencia internacional sobre medicina regenerativa “Biobridge Event 2010”, que cada año reúne a los más célebres científicos e investigadores del mundo en el campo de la regeneración de tejidos mediante células madre y factores de crecimiento.

La “Biobridge Event 2010” se celebrará durante el primer día de las Jornadas, viernes 21, estructurada en dos sesiones dedicadas a “Medicina regenerativa: aplicaciones en medicina cosmética”, en las que se hará especial hincapié en el potencial de las células madre y la exposición de casos concretos. ■

## Cifras positivas para el primer cuatrimestre de Zeltia

Según los últimos datos proporcionados por la empresa, las ventas consolidadas de Zeltia ascendieron a cierre del primer cuatrimestre del año a 32,9 millones de euros, incrementándose en un 49 por ciento con respecto al año anterior. De esta manera, el resultado neto mejora un 50 por ciento, reduciendo considerablemente las pérdidas que se habían registrado durante el mismo período del pasado año. Uno de los principales motivos de esta recuperación ha sido el incremento registrado por las ventas netas de la división de Biofarmacia que crecieron un 90,9 por ciento. Por otra parte, el segmento de Genómica aumentó sus ventas totales un 29,5 por ciento hasta llegar a 1,8 millones de euros. En cuanto al sector de Química de Gran Consumo, la cifra de ventas alcanzaron los 14,3 millones de euros creciendo un 16,5 por ciento respecto a el mismo período de 2009. El resultado bruto de explotación (EBITDA) alcanza el nivel de equilibrio llegando a los 68 miles de euros, en contraste con el mismo período del ejercicio anterior, cuando las cuentas arrojaban un EBITDA negativo por 1,1 millones de euros. ■



## Siempre, en primera línea

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

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

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

**asisa** 

Somos médicos

901 10 10 10 | www.asisa.es

## Consejería de Sanidad de Galicia

### M<sup>a</sup> Pilar Farjas Abadía: "La pieza clave del funcionamiento de la sanidad son sus profesionales"



M<sup>a</sup> Pilar Farjas Abadía, consejera de Sanidad de Galicia.

**PREGUNTA:** *¿Cuáles son las líneas estratégicas definitivas del Sistema Público de Salud de Galicia?*

**RESPUESTA:** Planteamos una legislación que se regirá por el rigor, la austeridad y el compromiso con la sanidad pública, todo ello situando al paciente y a los ciudadanos como nuestra razón de ser. Por eso nuestras líneas estratégicas se basan en tres ideas fundamentales: los pacientes, los profesionales y las infraestructuras. Tenemos como compromisos con los ciudadanos el que reciban el mismo servicio sanitario independientemente del lugar en el que vivan, que puedan recibir la asistencia precisa cuanto antes, que reciban el mejor trato y que su dinero se use de forma responsable y racional.

Por otra parte, somos conscientes de que la pieza clave del funcionamiento de la sanidad son sus profesionales, y por eso trabajamos para garantizar una política de personal que ofrezca estabilidad laboral, desarrollo y promoción profesional.

La tercera gran línea estratégica de esta legislatura es la firme apuesta del Gobierno gallego por las infraestructuras, teniendo como eje la construcción de dos nuevos hospitales en Vigo y Pontevedra, y la puesta en funcionamiento del nuevo hospital de Lugo.

**P.** *Galicia es una comunidad caracterizada socialmente por una media de edad elevada y una gran dispersión demográfica, ¿cómo se afrontan estas peculiaridades desde la Consejería de Sanidad?*

**R.** En la elaboración de los presupuestos del 2010 se reservó más del 74% para políticas sociales, y el 34% de esta cantidad explícitamente para Sanidad.

Galicia está adoptando todas las decisiones necesarias para garantizar las prestaciones del Sergas a pesar del momento de crisis económica actual.

**P.** *¿Qué actuaciones destacaría en cuanto a investigación médica e innovación tecnológica en la comunidad?*

**R.** Destaca la plataforma IANUS que es la que integra los sistemas y registra la información clínica de forma electrónica. El año pasado, los profesionales sanitarios registraron más de 14 millones de accesos a la plataforma, en la que están integrados todos los hospitales públicos y dos concertados, y más de 400 centros de salud que aglutinan al 90% de la población. Estamos trabajando en la actualización y modernización de la página web, ofreciendo nuevos servicios de participación para los ciudadanos y herramientas más útiles para los profesionales. Nuestro objetivo es incluir mejoras técnicas en el espacio audiovisual y, principalmente hacerla más intuitiva y sencilla para los ciudadanos, ya que ellos son el centro del sistema

También se ha puesto en marcha la Escola Galega de Saúde para Cidadáns, con su espacio en la web, y la plataforma Bibliosaúde, una biblioteca virtual disponible tanto en Internet como en la Intranet y que el año pasado recibió más de 54.000 visitas.

**P.** *¿Qué recepción ha tenido la implantación de la receta electrónica y en qué estado se encuentra?*

**R.** Actualmente, tenemos en Galicia un total de 259 centros de salud con co-

nexión. Es decir, más de 1,8 millones de gallegos y gallegas, que representan el 66,3% de la población total de Galicia, se benefician ya de la receta electrónica. Con respecto a las farmacias, está previsto que en este primer semestre de 2010 estén operativas el 100% de las oficinas, actualmente ya lo están el 87,60%, más de 1.100 oficinas de todas las provincias gallegas.

En general, el despegue de la receta electrónica en los últimos meses se ha realizado a una gran velocidad en nuestra comunidad.

**P.** *¿Cuáles son los principales retos para la sanidad gallega a medio plazo?*

**R.** Nos hemos marcado para el 2010 unos objetivos ambiciosos pero realistas. Entre estos objetivos destaca incrementar el rendimiento quirúrgico para llegar al 75% durante el 2010, lo que supondría una mejora de 12 puntos con respecto al dato de junio de 2009. Otra meta es aumentar la prescripción de genéricos hasta el 14% a finales de mayo, con el objetivo final del 20%. Asimismo, nos comprometemos a que el 85% de los pacientes tengan la historia clínica informatizada, y se pueda acceder a ella desde cualquier centro asistencial. Y respecto a Atención Primaria, los Acuerdos de Gestión recogen el objetivo básico de atención sin demoras para consultas de enfermedad en los centros de salud.

Durante 2010 se desarrollarán también los procesos asistenciales integrados de insuficiencia cardíaca, cáncer colorrectal; ansiedad, somatización y depresión; embarazo de bajo riesgo; y diabetes tipo II. Además, está prevista la implantación de un sistema de prevención y minimización de errores de medicación, un sistema de minimización de complicaciones en el área quirúrgica y un sistema de prevención de efectos adversos en procedimientos sanitarios. ■



## NOTICIAS/ACTUALIDAD

### Casi dos millones de gallegos utilizan ya la e-receta

Los últimos meses han supuesto un enorme despegue para el uso de la e-receta en Galicia: desde marzo de 2009, la población beneficiaria se ha multiplicado por once, mientras que los centros de salud que ya trabajan con este sistema se han multiplicado por catorce. De esta manera, el 66,3 por ciento de la población gallega, 1,8 millones de personas, se benefician ya de la receta electrónica, y un 87,6 por ciento de las farmacias de la comunidad ya están operativas.

### Comienza la cuarta fase de promoción de genéricos

Tres nuevos fármacos se incluirán en la campaña de promoción de medicamentos genéricos en Galicia. Se trata de un analgésico, Ibuprofeno; un antihipertensivo, Losartán/Hidroclorotiazida; y un broncodilatador, Salbutamol inhalado. El ahorro estimado para estos fármacos en un año es de 217.482 euros. Estos tres medicamentos se unen a los elegidos en las tres fases previas de la campaña, estimándose que entre todos, el ahorro en un año será de más de 1,2 millones de euros. Desde el inicio de la campaña de potenciación de genéricos, la prescripción ha pasado de un 10,7 por ciento en junio de 2009 al actual 12,5 por ciento.

### Tres nuevos hospitales para la comunidad

Pontevedra, Vigo y Lugo contarán con nuevos hospitales en los próximos años. El Hospital de Lugo, cuyas obras comenzaron en 2002 y que se prevé se inaugure este año, tiene una superficie construida de 170.000 metros cuadrados y ha supuesto una inversión de 220 millones de euros. El nuevo Hospital de Vigo, contará con una superficie de 173.000 metros cuadrados y una inversión inicial prevista en 300 millones de euros. Por su parte, el Hospital de Pontevedra, tiene un presupuesto de 210 millones de euros y una superficie prevista de 150.000 metros cuadrados.

### Desciende el tiempo medio de espera para pacientes con patologías prioritarias

La Consejería de Sanidad de Galicia tiene como objetivo prioritario que el tiempo medio de espera de los pacientes con patologías graves sea inferior a los 30 días. En esa línea se sitúan los resultados alcanzados a finales del mes de marzo, cuando el tiempo medio de espera se contabilizó en 21,3 días, seis jornadas menos que en 2009. Este decrecimiento se debe a la reorientación de la gestión del paciente, de manera que se priorizan aquellos con patologías más graves.

# Base imponible

## Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany\*

### Rendimientos del trabajo

*He sido despedido de la clínica como consecuencia de un expediente de regulación de empresa, un ERE. ¿Cómo me afecta en la base imponible de la declaración?*

En este caso, deberá revisar la fecha de aprobación del ERE y la fecha de su despido, puesto que si uno u otro se han producido a partir del 8 de marzo de 2009, usted podrá considerar como exenta la indemnización recibida por una cuantía de 45 días de sueldo por año de trabajo con el límite de 42 mensualidades. Si por el contrario, el ERE o el despido se produjeron con anterioridad a esa fecha, sólo estará exenta la indemnización hasta la cuantía de 20 días de sueldo por año de servicio.

En ambos casos, el exceso sobre uno u otro límite podrá beneficiarse de la reducción del 40 por ciento (es decir, sólo se somete a imposición el 60 por ciento) si su antigüedad en la empresa era superior a dos años. Si usted está de suerte por encontrarse en el primer caso, y la indemnización recibida ha superado la cuantía de 20 días de sueldo por año de servicio deberá solicitar la devolución de las retenciones practicadas en su día por la empresa. Además, con toda probabilidad el borrador de declaración del IRPF que reciba no será correcto, por lo que deberá modificarlo.

### Rendimientos del capital mobiliario

*¿Cómo debo declarar los intereses recibidos de un préstamo que he concedido a la sociedad de la cual soy socio-administrador?*

Los intereses exigibles formarán parte de la base imponible que tributa al 18 por ciento, llamada base imponible del ahorro. Pero atención, si el importe del préstamo supera tres veces su participación en los fondos propios de la sociedad, los intereses exigibles que correspondan a ese exceso van a la base

imponible general, que tributa según una escala progresiva con un tipo marginal máximo del 43 por ciento. Si la relación con la sociedad no es de socio sino de consejero o administrador, se entenderá que su participación en la sociedad es del 5 por ciento.

Veamos un ejemplo: usted es socio de la sociedad limitada que gestiona la consulta médica en la que trabaja, con una participación del 50 por ciento. La sociedad tiene unos fondos propios (capital y reservas) que ascienden a 20.000 euros, y debido a un problema temporal de liquidez, usted le ha prestado 35.000 euros. En el año 2009 ha recibido por ese préstamo, intereses al tipo del interés legal del dinero, establecido en este período en el 5,5 por ciento, que han ascendido a 1.925 euros. El triple de su participación en los fondos propios de la sociedad es de 30.000 euros. Por tanto, los intereses devengados por esta cantidad, 1.650 euros, podrá integrarlos en la base imponible del ahorro, pero el resto, esto es, 275 euros, debe integrarlos en la base imponible general.

### Rendimientos del capital inmobiliario

*¿Puedo aplicar alguna desgravación sobre los rendimientos que recibo por el alquiler del piso que heredé de mi tía?*

El rendimiento neto del alquiler de inmuebles destinados a vivienda se puede reducir en un 50 por ciento, como regla general. La reducción puede ascender al 100 por ciento si su inquilino tiene entre 18 y 35 años y un sueldo superior a 7.381,33 euros anuales (Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples (IPREM) establecido para 2009). Así, si piensa que su inquilino puede cumplir los requisitos, solicítele una comunicación acreditativa de dichos extremos, para poder documentar la aplicación de la reducción practicada en caso de que la Administración Tributaria lo requiera. ■

» Si el importe del préstamo supera tres veces su participación en los fondos propios de la sociedad, los intereses exigibles que correspondan a ese exceso van a la base imponible general.

» El rendimiento neto del alquiler de inmuebles destinados a vivienda se puede reducir en un 50%, como regla general.

\* Socio director del bufete Alemany, Escalona & Escalante. Artículo escrito con la colaboración de Montse Capdevila. Para contactar: info@alecab.es



# Club Médico

## Informativo

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

### ACTIVIDADES

- **Vacaciones de Verano**
- **Residencia de San Juan**
- **Residencias Asistidas**
- **Politours Viajes**
- **Circuitos por Europa Olympia**
- **Ibero Cruceros**
- **Apartamentos Club Médico**
- **Centro Médico Gran Vía**
- **Guía de Establecimientos Recomendados**



# CIRCUITOS VERANO 2010

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

## **CORAZÓN SELVA NEGRA Y BODENSEE**

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

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

## **TIROL – SALZBURGO. CORAZÓN DE AUSTRIA**

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

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

## **CORAZÓN DE BOHEMIA Y PRAGA**

SALIDA 24 DE JULIO; 1 DE AGOSTO

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

## **CORAZÓN DE HOLANDA**

SALIDA 17 DE JULIO Y 14 DE AGOSTO

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

## **CORAZÓN DE ESCOCIA**

SALIDAS 11 DE JULIO Y 3 DE SEPTIEMBRE

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

## **CORAZÓN DE IRLANDA**

SALIDA 15 DE JUNIO Y 15 DE JULIO

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

## **CORAZÓN DE GRECIA**

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

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

## **CORAZÓN DE MARRUECOS**

SALIDA 20 Y 27 DE SEPTIEMBRE

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

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

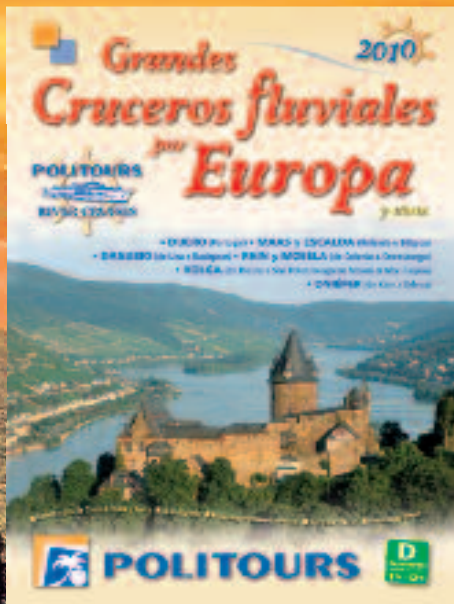
\*Más tasas de Aeropuerto

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

VIAJES OLYMPIA MADRID  
Puerta del Sol 14, 2º  
28013 Madrid

<http://www.olympiamad.com/>  
grupos@olympiamad.com  
Tel. 915224501 Fax. 915324418  
Móvil Emilio: 662 169 793





**VIAJES DE CALIDAD**  
por todo el Mundo

Con la garantía de



**POLITOURS**

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

INFORMACION Y RESERVAS EN SU AGENCIA DE VIAJES

CLUB MÉDICO • Leganitos, 35 - 28013 Madrid Telfs.: 91 541 02 79 - 91 548 18 66 / Fax: 91 541 00 09

E-mail: club-medico@arrakis.es • Cíema 1448



# INVESTIDURA EXTRAORDINARIA DE DAMAS Y CABALLEROS DE YUSTE



EL ACTO, POR EL QUE HAN PASADO A FORMAR PARTE DE LA ORDEN DESTACADAS PERSONALIDADES DEL MUNDO SANITARIO, SE CELEBRÓ EN LA MEZQUITA-CATEDRAL DE CÓRDOBA.



Los Caballeros y Damas de Yuste que participaron en la sesión solemne celebrada en la Mezquita-Catedral de Córdoba.

**E**l pasado sábado 10 de abril se celebró, en la Mezquita-Catedral de Córdoba, en una sesión solemne oficiada por Fernando Cruz Conde, vicario general de la diócesis, la Investidura Extraordinaria de Damas y Caballeros de Yuste. El acto, promovido por Club Médico en colaboración con *Medical Economics*, y la posterior cena en el Hotel Córdoba Center han puesto punto y final a los actos conmemorativos del LII Aniversario de la Refundación de la Real Asociación del Monasterio de Yuste. La Asociación nació cuatro años después de la muerte del Emperador Carlos V (1558) y fue refundada en 1957, siendo su misión la guarda y custodia del Monasterio de Yuste y la transmisión del espíritu europeísta del emperador Carlos V.

Con esta Investidura Extraordinaria han pasado a formar parte de la Orden de Yuste una selección de destacadas personalidades del mundo sanitario, de algunas de las cuales actuó como pa-

drino el editor de *Medical Economics*, Manuel García Abad.

## Investiduras

Entre los nuevos Caballeros y Damas investidos en Córdoba figuran, entre otros, Carmen Gallardo Pino, vicerrectora de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid; Jesús Honorato Pérez, director del Servicio de Farmacología Clínica de la Clínica Universitaria de Navarra; Félix López López, jefe del Servicio de Neurología Hospital de la Princesa de Madrid; Bernardino Navarro Guillén, jefe de sección en el Hospital General Universitario de Alicante; M<sup>ra</sup> Ángeles Planchuelo Santos, especialista en Medicina del Trabajo y experta en tabaquismo; Emilio Rodríguez Rael; especialista en Pediatría Preventiva y Social y en Medicina Familiar y Comunitaria; Serafín Romero Agüit, secretario de la Organización Médica Colegial; José Miguel Santos Arrarte,

director médico de Policlínica Aranjuez e inspector médico de la CAM Inspección; Andrés Bas Santa-Cruz, ex jefe de Servicio de Cirugía del Hospital Provincial de Badajoz y director de la Fundación Videomed; Luis Campos Villarino, jefe del Servicio de Medicina Nuclear del Centro Hospitalario Universitario de Vigo y presidente del Consejo de Colegios Médicos de Galicia; Fernando Bاندres Moya, profesor titular de la facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; Armando Tejerina Gómez, médico interno del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial de Madrid.

Asimismo, también fueron investidos conocidos profesionales de la odontología y la cirugía maxilofacial, como Francisco A. García Gómez, jefe de Estomatología de La Universidad Rey Juan Carlos, y Florencio Monje Gil, jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz. ■



En la fotografía de la izquierda, Lorenzo Espiga, Antonio Doadrio Villarejo y Honorio Bando; en la del centro, Fernando Gutiérrez, Manuel Pérez y Manuel García Abad; y en la de la derecha, Honorio Bando, Rafael Aguirre y Juan Aguirre.



En la fotografía de la izquierda, Julián Ruiz Ferrán, Jesús Aguirre, Serafín Romero, Manuel García Abad, Manuel Pérez y Jesús Honorato; y en la de la derecha, Mariano Avilés, Manuel Pérez, María Luisa Calderón y Rafael García Gutiérrez.



En la fila de arriba, a la izquierda, Lorenzo Espiga, María Luisa Calderón y Diego López Llorente; en el centro, Fernando Gutiérrez, Luis Campos Villarino y Manuel García Abad; y a la derecha, Ángeles Planchuelo, Honorio Bando y Carmen Gallardo.

Al lado, en la primera fotografía, Jesús Aguirre, Serafín Romero y Honorio Bando; y en la segunda, Manuel García Abad, Jesús Manuel Honorato y Honorio Bando.



# Islandia y Groenlandia

## Relájate y disfruta de *un Exclusivo Crucero*



*El Grand Mistral es un gran barco dotado de las últimas tecnologías para que tu crucero sea inolvidable. Cuenta con un restaurante exclusivo y un trato personalizado, para todos los pasajeros que se alojen en Suite.*

### ISLANDIA

**COPENHAGUE-REIKIAVIK O VICEVERSA** Desde **1.089€\***

Disfruta de un maravilloso crucero conociendo las ciudades más emblemáticas de Islandia. Salidas, sábado 17 de Julio y 7 de Agosto.

*Descubrirás Copenhague, Oslo, Stavanger, Bergen, Torshavn (Islas Feroe) y Reikiavik para que conozcas nuevas culturas. Además pasarás una noche en Reikiavik.*

### GROENLANDIA

**REIKIAVIK-REIKIAVIK**

Desde **1.799€\***

Vive una auténtica aventura en nuestro crucero más exclusivo. Salida sábado, 24 de Julio.

*Conoce Reikiavik, Julianehaab (Qaqortoc), Narsaq, Godthaab (Nuuk), JakobsHavn (Ilulissat), Disco Island y Prinschistian (Navegación). Además pasarás una noche en Reikiavik.*



Más información [www.iberocruceros.es](http://www.iberocruceros.es)

\*PLAZAS LIMITADAS: Precios por persona en camarote doble interior sobre tarifa Ahorro Express. Consultar Condiciones. Tasas de puerto (200€ para salidas 17/7 y 7/8 y 290€ para salida 24/7) no incluidas. Tasas de servicio (65€ para salidas 17/7 y 7/8 y 130€ para salida 24/7) no incluidas a pagar a bordo. Avión de ida y vuelta incluido desde Madrid o Barcelona y traslados aeropuerto-puerto-aeropuerto incluidos.



## Mutuas de accidentes de trabajo

---

# En la cuerda floja

Las mutuas de accidentes de trabajo han reducido drásticamente su número: de 200 que había en 1980, a una veintena en la actualidad. Y aún son muchas. Por delante tienen el reto de definir su papel en la Sanidad del siglo XXI con el objetivo de ser más eficaces en la gestión y más eficientes en la prestación de los servicios sanitarios.

---

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

---

**E**l sector de mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, una veintena, tiene un especial protagonismo en el sistema sanitario español. Algunos datos, últimos publicados: en 2008 realizaron casi 7,5 millones de consultas personalizadas, que derivaron en más de 2,8 millones de pruebas médicas, 156.800 intervenciones quirúrgicas y más de 8,2 sesiones de rehabilitación. Y los recursos asistenciales que utilizaron en la segunda mitad del 2009 ascienden a 23 hospitales con 1.646 camas, 960 centros dispensatorios y ambulatorios (de los cuales 870 realizan labores de recuperación y rehabilitación), y movilizaron a 3.900 facultativos y más de 4.700 DUEs, además de 1.250 auxiliares de Enfermería. Y gestionan unos 10.000 millones de euros de fondos públicos.

Este sector se halla inmerso en un proceso de concentración y reorganización interna en su relación con el sistema sanitario, tanto público como privado. En ese sentido, recientemente, el Ministerio de Trabajo ha modificado el reglamento sobre la colaboración de las mutuas entre sí, con el fin de obtener mayor eficacia y racionalización en la utilización de los recursos

públicos que gestionan. Ello implica, entre otras cosas, el reforzamiento de los mecanismos de control.

Para analizar el papel que las mutuas de accidentes de trabajo deben desempeñar en el siglo XXI, *Medical Economics* reunió en una mesa redonda a destacados especialistas en la materia: Fernando Fernández Perdido, subdirector general de Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo; Francisco Vicente Fornés Úbeda, presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo; Fernando Rodrigo Cencillo, director del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) de Comisiones Obreras; José Ramón Santamaría Barreiro, miembro de la Junta Directiva de la Federación Nacional de Clínicas Privadas, y Gemma Ulldemolins Ribas, directora médica nacional de Activa Mutua. Moderados por los directores asociados de la revista, José María Martínez y Gonzalo San Segundo, concluyeron, entre otras cosas, que el número de mutuas debe aún reducirse significativamente para que sean más eficaces en la gestión y más eficientes en la prestación de los servicios sanitarios y la calidad asistencial.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Cuál es el papel que han de desempeñar las mutuas de trabajo en la sanidad española del siglo XXI?*

**FERNANDO RODRIGO:** En España existen dos sistemas sanitarios: uno hecho para los ciudadanos con enfermedades generales, y otro hecho para los trabajadores en lo que respecta a las contingencias profesionales, que es anterior al sistema público de salud y que no se integró en el sistema sanitario público. Esto permitió consolidar el modelo de las mutuas de accidentes de trabajo. La situación se complica porque las prestaciones sanitarias que desarrollan las mutuas presenta un doble inconveniente. Por un lado, es un sistema gestionado, en parte, exclusivamente por empresarios, lo que podría llevar a una gestión economicista. Otro inconveniente es que las mutuas que tienen encomendadas las prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, no hacen bien ese trabajo, ya que una parte importantísima de las prestaciones que tendrían que pagar y atender sanitariamente, que son las enfermedades profesionales, no la reconocen, corren a cargo del Sistema Nacional de Salud. Y al no reconocer las enfermedades profesionales y centrarse prácticamente en los

accidentes de trabajo, eso les permite reducir mucho las prestaciones y los gastos. ¿Hacia dónde habría que ir? Hacia una serie de reformas, sobre las que después hablaré, que permitieran que hubiera una mayor inserción de la parte sanitaria de las mutuas en los sistemas de salud públicos, que permitiera optimizar todas las instalaciones y recursos que tienen las mutuas con los sistemas de salud de las comunidades autónomas alcanzando para ello los acuerdos que fueran necesarios.

**FERNANDO FERNÁNDEZ:** Efectivamente, el sistema sanitario de las mutuas es una excepción a la Ley General de Sanidad y está como está por razones históricas. Y en esta legislatura se quiso poner el acento en la calidad de esa prestación sanitaria. Ésa ha sido la meta más importante que ha acometido la Seguridad Social en materia de mutuas en el tema sanitario. Nos encontramos con que había quejas, facturaciones y conciertos con servicios sanitarios que no habían sido autorizados por la dirección general. Había que poner coto a todo eso, había que regularlo. Y para ello se promulgó una orden muy reciente, llamada familiarmente *la Orden Casa*, que es de octubre del año pasado. Se suprimió la necesidad de

autorización previa para llevar a cabo el concierto con medios privados, sustituyéndolo por una comunicación *a posteriori*, sin perjuicio del control que tiene que llevar a cabo la inspección de trabajo y la intervención.

En el decreto de enfermedades profesionales del año 2006 se encomendaba a las mutuas, quitándosele al empresario, la iniciativa para la declaración de enfermedades profesionales, porque se pensaba que quizá la disminución en el número de enfermedades declaradas obedecía a intereses empresariales. Al principio de poner en marcha esto se detectó una disminución en el número de enfermedades profesionales declaradas. Quizá la asignatura pendiente que tenemos todos es la de que los médicos del sistema de salud tengan los mimbres necesarios, una guía fácil de manejar, para detectar desde el principio los supuestos de enfermedad profesional y que puedan derivar y no asuman enfermedades como comunes cuando en realidad son profesionales.

Una preocupación constante de la Seguridad Social es la racionalización y la eficacia en la utilización de los recursos públicos que manejan las mutuas, incluidos los medios sanitarios. Agotada la fórmula de las fusiones, se permitió la constitución de entidades mancomunadas, pero siempre con el objetivo de racionalizar los recursos públicos que se utilizan. Existen dos en la actualidad. Y en relación con las comunidades autónomas, ya se ha celebrado un acuerdo con Cataluña y otro con Aragón, para el aprovechamiento recíproco de los recursos sanitarios.

**GEMMA ULLDEMOLINS:** Como médico, mi visión es muy diferente. Para mí lo importante es la calidad asistencial, tener un trabajador accidentado que hay que curarlo en el menor tiempo posible, que le queden las menores secuelas posibles y dar la mejor calidad asistencial que se pueda, y las clínicas privadas completan en muchos casos las prestaciones asistenciales, sea por proximidad o por catálogo de servicios. El hecho de poder empezar a trabajar con los servicios médicos de otras mutuas sí que nos puede ayudar, pero de momento nosotros necesitamos a las clínicas privadas. Creo que aquí alguien tendría que unificar tarifas, pactar y pagar las mismas tarifas para todo el mundo para evitar la picaresca de que trabajes con una clínica y no sabes lo que pagas. Hay un problema: en comunidades autónomas donde tienes dos centros privados tienes que adaptarte a las tarifas que ellos te pongan.



**“Tiene que haber competencia entre las mutuas, pero competencia en cuanto a prestación de servicios y a calidad asistencial”**

– Francisco Fornés Úbeda

El tema de las enfermedades profesionales no es que se quieran esconder, que las empresas no las quieran comunicar, ni que nosotros no las queramos diagnosticar, es que es difícil de diagnosticar. Por eso, normalmente el enfermo va al médico de cabecera, no lo relaciona con una enfermedad del trabajo. Aquí tendríamos que actuar todos juntos: los servicios de prevención, las mutuas de accidentes y, sobre todo, los ambulatorios y los médicos de cabecera, que al final son los primeros que ven a estos pacientes.

**JOSÉ RAMÓN SANTAMARÍA:** El sector de los hospitales privados tiene 315 centros en toda España, de los que 230 están asociados a la Federación Nacional de Clínicas Privadas. Estamos en todas las comunidades autónomas y las mutuas de accidentes de trabajo representan el 12 por ciento de nuestra actividad. Atendemos aproximadamente el 57 por ciento del gasto externo de las mutuas y unas 300.000 urgencias al año por lesionados en accidentes de trabajo. Vemos que hay algunas dificultades, que algunas mutuas tienen déficits económicos, que no sé si se derivan de la gestión o de la falta de recursos, pero ya se han tomado algunas medidas, con lo cual ahora el sector se encuentra bastante concentrado. No consideramos desde la Federación que el Ministerio de Trabajo deje de regular y de acreditar el funcionamiento de los servicios que prestan las mutuas. El Ministerio debería seguir asumiendo esas responsabilidades porque, desde el punto de vista asistencial, hay cuestiones que deben ser reguladas y no quedar ante la duda de si los empresarios pueden ser laxos a la hora de dar asistencia o que prime el interés económico sobre el asistencial. Creo que las mutuas gestionan bien. Por tanto, los valores de las mutuas deben tenerse en consideración, pues aportan valor a la asistencia de los lesionados en accidentes de trabajo y, desde luego, nosotros defendemos el modelo.

**FRANCISCO FORNÉS:** El papel de las mutuas en el siglo XXI es fundamental. Como entidades colaboradoras de la Seguridad Social pueden ayudar de una forma muy importante a que se preste mejor asistencia a todos los asegurados. Pero habría que evitar la atomización que todavía hay en el número de mutuas. Las veinte que hay ahora son muchas, debería haber menos y más grandes. La asistencia sería mucho mejor. Y al fin y al cabo estamos hablando de dinero público, son entidades públicas, y el control que tiene que tener la Administración será mucho más fácil si hay menos, y así evitaremos situaciones extrañas y anó-



**"Lo ideal serían 6 ó 7 mutuas, lo que permitiría optimizar recursos y que la Seguridad Social hiciera un mejor control"**

– Fernando Rodrigo Cencillo

malas. Además, creo que este papel habría que potenciarlo con una idea que mucha gente está madurando: me gustaría poder llegar en los 15 primeros años del siglo XXI —y esto tiene que partir desde la Administración y sé que se están haciendo cosas— a una historia clínica única que incluyera Atención Primaria, Medicina del Trabajo, atención especializada y atención hospitalaria. Yo creo que ése sería uno de los retos que tendrían que asumir también las mutuas.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿A qué obedece el proceso de concentración de las mutuas y cómo está afectando a las clínicas privadas? Por otro lado, ¿está el Sistema Nacional de Salud para, si llegara el caso, integrar a las mutuas?*

**FERNANDO FERNÁNDEZ:** En el año 1980 había 200 mutuas, número que se rebajó a 29 en el 2004. Y comenzaron los procesos de fusión buscando establecer un tamaño más homogéneo para el mejor control y pensando también en economías de escala, es decir, en una mutua un poco más grande. Pero siempre pensando en la calidad de la prestación sanitaria. Pero llegó un momento en que era difícil porque ya no existían afinidades para fusionarse. Y entonces se establecieron las entidades mancomunadas, y ya existen dos. A lo mejor con una docena de mutuas sería suficiente. ¿Qué pasa con el futuro? De momento, las mutuas que se han integrado en estas entidades quieren mantener su propia identidad dentro de la entidad mancomunada. A lo mejor en el futuro y a fuerza de compartir un mismo espacio y de resultar más afines las unas con las otras, la desembocadura natural de estas uniones es la fusión entre ellas o entre algunas de ellas.

**MEDICAL ECONOMICS:** *Al parecer, la figura de la entidad mancomunada se crea después del informe del Tribunal de Cuentas de abril del año pasado, que descubrió que el conjunto de las mutuas tenían, cita textual, "gastos indebidos, contrataciones a empresas vinculadas sin publicidad ni concurrencia" y retribuciones a sus gestores con salarios de hasta tres veces el del presidente del Gobierno. ¿Está ya controlado este asunto?*

**FERNANDO FERNÁNDEZ:** En ello se está. Además, el propio informe del Tribunal de Cuentas contiene unas recomendaciones al Gobierno, al Ministerio, a las mutuas, a la inspección de trabajo... Y en el cumplimiento de esas recomendaciones se está trabajando, cada uno en su área de competencia.

**FRANCISCO FORNÉS:** Lo de las entidades mancomunadas está muy bien como inicio para llegar a esa fusión, ¿pero realmente es-



**FERNANDO FERNÁNDEZ PERDIDO**  
"Tenemos una asignatura pendiente: que los médicos del sistema de salud tengan una

guía de fácil manejo para detectar desde el principio los supuestos de enfermedad profesional".



**FRANCISCO FORNÉS ÚBEDA**  
"Un reto que tendrían que asumir también las mutuas es la historia clínica única, que

incluyera Atención Primaria, Medicina del Trabajo y atención especializada y hospitalaria".



**FERNANDO RODRIGO CENCILLO**  
"El Ministerio de Trabajo está dando pasos erróneos. Quita a las mutuas la prevención de

riesgos laborales y les da la gestión del desempleo de los autónomos. Es un disparate".

tamos disminuyendo el gasto administrativo que le cuesta al contribuyente?

**FERNANDO FERNÁNDEZ:** La finalidad es ésa. Hay que darles un margen de tiempo. Y disminuirían también las inversiones, porque podría haber un buen hospital que compartieran varias mutuas y no esos centros pequeños aislados que valen para muy poquito. Ahora, los hospitales públicos están desviando pacientes a las mutuas, de hecho existen acuerdos en ese sentido. Lo que concierne las mutuas con el sector privado son cosas que ellas no pueden hacer, bien por la localidad en la que se encuentran los trabajadores o por otra razón.

**FERNANDO RODRIGO:** Hay un problema, la existencia de veinte mutuas con un desigual tamaño: algunas tienen tres millones de afiliados y otras 50.000 ó 60.000, pero éstas son de ámbito nacional y en provincias las hay que tienen cien, y cuando tienen que dar servicio se produce el problema. La racionalización del tamaño de las mutuas es imprescindible, por muchas razones: es ineficaz; segunda, desde el punto de vista de la gestión impide la optimización de los recursos públicos y produce anomalías en la competencia entre mutuas. Entonces, el hecho de haber veinte mutuas y tan desiguales en tamaño exacerba los problemas de competencia, y eso está en el origen de tanto problema de gestión económica, de malversación de recursos y de fondos públicos. El informe del Tribunal de Cuentas dice que hay clínicas e instalaciones de las mutuas que están vacías al 80 por ciento.

Hay que pensar en hacia qué modelo vamos: ¿uno más especializado en lo sectorial o uno más especializado en lo territorial?. Y si te quedan seis o siete mutuas, que sería lo racional, ¿qué se podría hacer? Además de optimizar y de racionalizar recursos, permitiría a la Seguridad Social hacer un mejor control, por-



**" Hay dos entidades mancomunadas de mutuas, y la desembocadura natural de estas uniones es la fusión entre ellas"**

– Fernando Fernández Perdido

que no es lo mismo controlar veinte que controlar 6 ó 7. Permitiría que la propia participación de los sindicatos en su control y gestión fuera más fácil. Permitiría limitar o eliminar directamente la competencia entre mutuas y, por lo tanto, concentrar todos los recursos en dar más y mejores prestaciones a los usuarios. Si se quiere que las mutuas continúen en el siglo XXI tienen que pasar por esta reforma y tienen que pasar por dos reformas.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Qué reformas serían ésas?*

**FERNANDO RODRIGO:** Las mutuas tienen que tener claramente establecido cuál es la razón de su existencia, y ahí el Ministerio de Trabajo está dando pasos equivocados. Está en vías de atribuirles la gestión del desempleo de los autónomos. Eso es un disparate. Está el tema de las contingencias comunes, que ha sido también una mala opción, pues se han quedado en un territorio de nadie en donde pagan pero no controlan demasiado, y a eso hay que buscarle una solución definitiva. Hay otro gran problema: el Ministerio está quitando a las mutuas las competencias en materia de prevención de riesgos laborales, que es su ventaja competitiva y su razón de existir, y estamos dejando dos entes amorfos que realmente no se sabe bien cuál es su sentido en el siglo XXI y probablemente ahí estemos construyendo un pequeño Frankenstein.



**JOSÉ RAMÓN SANTAMARÍA BARREIRO**

"Las clínicas privadas atienden el 57% del gasto externo de las mutuas, que

representan el 12% de nuestra actividad, y 300.000 urgencias al año por accidentes de trabajo".



**GEMMA ULLEDEMOLINS RIBAS**

"Como médico, para mí lo importante es la calidad asistencial, tener un

trabajador accidentado que hay que curarlo en el menor tiempo posible".

**GEMMA ULLDEMOLINS:** El tema de las sociedades mancomunadas está muy bien para utilizar todos los recursos sanitarios de unos y otros, lo que pasa es que hay que tener un límite. ¿Cuál va a ser el límite: por número de trabajadores, por regiones? Nosotros entendemos las clínicas como un hospital. Un centro pequeño, al que tienes que estar llamando para ver si está el médico, no puede ser. El tema de las competencias de las mutuas ha existido, pero ahora esto se va a acabar, porque ya está la moratoria de los tres años, con lo que las empresas no pueden cambiar y eso a nosotros nos va a dar tranquilidad. Un tema importante que yo creo que no se valora nada es el médico que visita a los accidentados laborales. Para mí tendría que ser una especialidad, no sé si dentro de Medicina del Trabajo, pero el médico que trata a los accidentados laborales es un médico que tiene que lidiar mucho.

**FRANCISCO FORNÉS:** Tiene que haber competencia, pero competencia en cuanto a prestación de servicios y a calidad asisten-



**"La concentración de mutuas afecta poco a nuestro sector. Es bueno que cada hospital y cada mutua pacten tarifas".**

– José Ramón Santamaría Barreiro

cial. No la competencia de que estén los comerciales, que creo que el Ministerio los ha quitado...

**FERNANDO RODRIGO:** Ha congelado y les ha mantenido la comisión del 3 por ciento. Competencia sí pero, ¿quién es el que recibe el servicio? El trabajador. ¿Y quién decide que cambie de mutua? El empresario. Ésa es la perversión. La competencia, si es sobre el servicio, yo digo sí, pero la decisión del cambio de mutua tiene que venir acordada por empresario y trabajadores.

**FRANCISCO FORNÉS:** Entiendo perfectamente tu postura como representante de un sindicato, pero el que contrata y el que quiere que sus trabajadores funcionen bien y no estén enfermos, porque eso le va a dar mayor productividad, es el empresario.

**FERNANDO RODRIGO:** ¿Está interesado el empresario en que los trabajadores funcionen bien o que no tengan la baja laboral?

**FRANCISCO FORNÉS:** En las bajas, el control de las mutuas es mejor que el de la asistencia de la Seguridad Social. Solamente tiene que estar de baja el que esté enfermo. Pero que vayan a negociar los trabajadores con qué mutua están, eso es imposible, es una utopía, lo tendrá que negociar el empresario. En una empresa, una Ford, por ejemplo, con 9.000 trabajadores, ¿qué mutua cogemos?, ¿hacemos un referéndum? No. ¿Qué hacemos?

**FERNANDO RODRIGO:** Se cambia de mutua en el caso de que haya descontento.

**FRANCISCO FORNÉS:** Pero ese descontento, ¿quién lo mide? En mi empresa tengo unos 450 accidentes de trabajo al año, que son muchos por el colectivo tan específico que llevo. Tengo 20 ó 25 descontentos cada año y éstos hacen mucho ruido, pero ¿eso es un porcentaje estadísticamente significativo? Creo que no. Eso lo tendrá que valorar el empresario. A lo mejor lo tendrían que valorar los médicos del trabajo, si estuvieran, y el comité de seguridad y salud, que es el representante para esta cuestión. Y en lo que no estoy en absoluto de acuerdo es con lo que ha dicho Gemma de lo de la especialidad. Tenemos unos especialistas que están muy bien formados, que son los médicos del trabajo. Y si no trabajan en las mutuas de accidentes es porque no quiere el Ministerio. Soy el presidente de una sociedad que tiene 3.200 socios y el 90 por ciento están perfectamente cualificados para encargarse de los accidentes de trabajo.

**JOSÉ RAMÓN SANTAMARÍA:** Hasta donde sea necesario debe haber concentración de mutuas para garantizar la supervivencia de algunas, optimizar los recursos y para que las más grandes no se puedan comer a las pequeñas. ¿Cómo afecta la concentración a nuestro sector como prestadores de servicios? Poco. El servicio que prestamos al accidente de trabajo es asistencial en nuestros hospitales. En cuanto a un lesionado se le deriva a la mutua, nuestra función termina ahí, y si damos la asistencia integral va hasta el alta definitiva.

En el tema de precios o tarifas, nosotros negociamos con cada mutua, cada hospital con cada mutua, ni siquiera lo hacemos a nivel de asociaciones provinciales ni autonó-

micas. Es bueno que cada hospital y cada mutua pacten tarifas. Lo que sí me preocupa es qué papel tienen que jugar las mutuas dentro de 15 ó 20 años, porque si el modelo actual tiene que mutar a otro, esto no va a mutar de un día para otro. Se ha hablado de intervenir en la gestión de las mutuas, intervenir en los recursos de las mutuas, en que las mutuas pasen a ser un sistema público al cien por cien. También puede ser privatizar al cien por cien. Existen modelos en que el accidente de trabajo se hace con compañías de seguros generales.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Cómo se puede mejorar la cooperación de las mutuas con la sanidad pública y con la privada, de cara a una mejor calidad asistencial y atención al paciente? ¿Qué papel deberían representar los médicos de Atención Primaria en las mutuas de accidentes de trabajo?*

**GEMMNA ULLDEMOLINS:** Es básico tener una historia clínica unificada, que el paciente vaya a un sitio o a otro y todos sepamos qué antecedentes tiene, qué enfermedades ha tenido, qué riesgos tiene, entre otras cosas, para poder identificar antes una enfermedad profesional. Debe ser difícil hacer una historia única para todos. Nosotros en Cataluña con la Seguridad Social, aunque sean sólo los diagnósticos, tenemos información directa de las bajas del médico de cabecera. Eso está muy bien y ellos también tendrían que tener acceso a nuestras bajas y a nuestras altas, porque cuando yo le doy un alta a un paciente, si él va al médico de cabecera que sepa que viene de una baja de un accidente de trabajo. Supongo que tiene que ser muy complicado el hecho de relacionar esto.

**FRANCISCO FORNÉS:** No debe ser tan complicado, es un tema de voluntad.

**GEMMNA ULLDEMOLINS:** La sanidad pública es muy lenta. Si un médico de cabecera pide, por ejemplo, una resonancia, hasta que le hagan la resonancia por la Seguridad Social... Si el médico de cabecera pudiese tener acceso directo a las mutuas y viceversa, todo esto sería muchísimo más ágil. Lo que pasa es que el médico de cabecera no nos ve bien a las mutuas. Lo que tendríamos que hacer es unificar entre todos los criterios y ayudarnos los unos a los otros en beneficio del paciente, pero la mala fama nos precede.



**"Las mutuas, para un mejor servicio, necesitan de las clínicas privadas, ya que carecen de recursos para tener un hospital"**

– Gemma Ulldemolins Ribas

**FERNANDO RODRIGO:** Cien años de historia pesan. Pasar de la conciencia de que soy un seguro a que soy parte del sistema sanitario es muy complicado, porque hay una lógica de gestión de seguro y una lógica de gestión del sistema sanitario. Y éste es el gran paso que hay que dar en el siglo XXI si queremos que las mutuas tengan sentido. Para pagar prestaciones está el INSS y para curar está el Sistema Sanitario de Salud. Las mutuas gestionan unos 10.000 millones de euros de dinero público y eso es muy goloso para el sistema privado. Pero nosotros decimos que no queremos ese modelo en España porque no es el que enmarca con nuestra tradición ni es el mayoritario en Europa; al contrario, en Europa lo mayoritario es todo público y hay países que lo tienen todo dentro de la Sanidad. Voy a poner un ejemplo. El único estudio que se ha hecho en España de cuáles son las contingencias de origen profesional que atiende el sistema sanitario público, realizado en Cataluña, dice que el 16 por ciento de todas las consultas que entraron en un área de salud podrían tener origen en el trabajo. Imagínate lo que esto significa en gestión y en recursos que cubre el sistema y que deberían cubrir las mutuas.

**MEDICAL ECONOMICS:** *Las bajas de larga duración por accidente de trabajo es un asunto que preocupa a las autoridades sanitarias. ¿Cuál es la actuación de las mutuas para rebajar en lo posible ese gasto de bajas de larga duración?*

**GEMMA ULLDEMOLINS:** Las bajas de larga duración se han hecho más cortas, antes eran 18 meses más las prórrogas y ahora son 12 meses. Pero sobre todo, a nivel médico, en las bajas de larga duración —hablo de accidente de trabajo, no de enfermedad común, porque ésta la controla el médico de cabecera— que necesitan mucha atención sanitaria o son por cambios de contingencia, el paciente no sabe ni las pruebas que le han hecho, está pendiente de un TAC, tienes que iniciar el pro-

ceso a los siete u ocho meses que te ha llegado la contingencia. En estos procesos, que no estaría justificado una baja de larga duración, como te lo has encontrado así tienes que empezar a estudiarlo.

**FERNANDO FENÁNDEZ:** A partir de los doce meses el INSS tiene que pronunciarse sobre si hay prórroga o no hay prórroga de esa situación de enfermedad. Es más, hay convenios entre el INSS y las mutuas para intercambiarse información sobre esos procesos cubiertos por las mutuas y las mutuas tienen que conocer las resoluciones que adoptan el INSS y el Instituto Social...

ver a enfermar de lo mismo, y por eso hay bajas reiteradas. Éste es un problema que tiene nuestro sistema. Pero el 70 u 80 por ciento de las bajas son de menos de una semana y otro porcentaje elevado son de menos de 15 días.

Es decir, las de larga duración son poquísimas y son sobre las que más actúa todo el mundo (las mutuas y el sistema sanitario). ¿Por qué? Porque hay incentivos económicos por objetivos de reducción de bajas para los médicos del Sistema Nacional de Salud, y cobran una parte de su salario muy importante en algunas comunidades vinculado a resultados.



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

**FERNANDO RODRIGO:** Cuando uno habla de bajas de larga duración enseguida mira el absentismo, la enfermedad común. El 50 por ciento de los tiempos de baja de los trabajadores tienen que ver con enfermedades musculoesqueléticas y mentales, que son las largas y las reincidentes. Si nosotros decimos, y lo dice cualquier médico que sepa un poco de esto, que no se reconocen muchas de las patologías osteomusculares como de origen profesional y ninguna de las mentales, éstas van al sistema sanitario, pero como no se les reconoce el origen laboral no se actúa sobre las condiciones de trabajo. La persona está seis meses de baja, la curan y vuelve al puesto de trabajo, y a los pocos meses, sometida a las mismas condiciones, va a vol-

**FRANCISCO FORNÉS:** Yo tengo enfermos que los mando al traumatólogo y algunos vienen y me dicen que les han dado hora para dentro de un mes o más. Y el traumatólogo lo visitará y le pedirá primero una placa, luego una resonancia, llegan las vacaciones..., total, que a este señor lo tenemos siete u ocho meses de baja antes de diagnosticarle. Ahí hay un problema de base. ¿Y quién lo está pagando, Fernando Fernández?

**FERNANDO FENÁNDEZ:** La Seguridad Social.

**FRANCISCO FORNÉS:** Esto es un problema de gestión. Si esto lo moviéramos bien, este señor en 20 días estaba diagnosticado. ■

## DKV Seguros tercera en el ránking '50 Mejores Lugares para Trabajar'

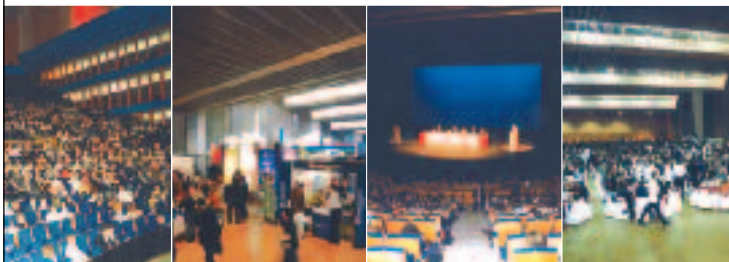
**D**KV Seguros, compañía perteneciente al grupo Munich Re, ha sido nombrada "Best Workplaces 2010" de España por la consultora Great Place to Work® Institute. La aseguradora es la tercera empresa mejor valorada de la lista de los "50 Mejores Lugares para Trabajar", dentro de la categoría de organizaciones entre 500 y 1.000 empleados. La consultora ha destacado el rendimiento de las empresas que componen la lista, avalado por un crecimiento económico del 4,8% respecto al año anterior. Asimismo, los nombrados "Mejores Lugares de Trabajo" crearon durante 2009 más de 2.000 puestos de trabajo y recibieron 250.000 solicitudes de empleo. Dos tercios de la puntuación del proceso de análisis-evaluación-selección están basados en la opinión de los empleados en cuanto a las relaciones humanas que tienen lugar en sus entornos de trabajo, en este caso 250.000 empleados han expresado su opinión acerca de sus puestos de trabajo. Además, se realiza un análisis de la cultura corporativa, fundado en aspectos como credibilidad, respeto, trato justo, orgullo y compañerismo. ■

## Plataforma SinDOLOR y EFIC presentan la campaña 'Change Pain'

**L**a Plataforma SinDOLOR, creada por FUINSA y la Fundación Grünenthal, junto con la EFIC (Federación Europea de los Capítulos de la IASP - Asociación Internacional para el Estudio del Dolor-), ha presentado en España la campaña internacional "Change Pain", una iniciativa que tiene como objetivo mejorar el abordaje del dolor crónico a través tres pilares fundamentales: la concienciación sobre las necesidades médicas no cubiertas en el campo del dolor desde el punto de vista del paciente y del médico, la importancia de la comunicación entre médico y paciente y la apuesta por la formación de los profesionales sanitarios para favorecer el correcto abordaje del dolor.

La presentación de la campaña en España contó con la presencia de Giustino Varrasi, presidente de EFIC, quien destacó que "cerca del 21% de la población europea sufre dolor crónico" y recalcó las dificultades para afrontar este tipo de dolencias desde los diferentes sistemas nacionales de salud europeos. ■

## 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.: 91.5002077 - Fax: 91.5002075  
e-mail: [prodrug@drugfarma.com](mailto:prodrug@drugfarma.com) - web: [www.drugfarma.com](http://www.drugfarma.com)  
Contacto: Lourdes Panizo

# // Las endicciones //



**Venancio Díaz Castán**

*Médico de Familia*

**E**ndición”.- Inyección (grieg. *Injek*, lat. *Inmisio*). Es uno de los términos médicos populares incorrectos más antiguo. La sustitución del prefijo iny- por el de end- podría tener su origen en la fonética y en el sentido de las palabras enderezar (lo que está torcido o enfermo), endosar, endilgar, endiñar, etc., que, al fin y al cabo, de eso se trata. Realmente, el saber popular vuelve a acertar aquí con el uso del prefijo endo-, que significa dentro, en el interior de. “Endición”= poner algo dentro de. Algún día propondré a los académicos de la Real Academia de Medicina este cambio tan razonable. De hecho, ya lo estoy haciendo, pero dudo que alguno de ellos lea estas páginas.

Las “endicciones”, en el criterio del vulgo, serían más eficaces que los medicamentos por vía oral por la velocidad con que el fármaco pasa a la sangre sin sufrir los vulgares filtros del tubo digestivo; por otra parte, el hecho de que el procedimiento incluya una parte instrumental que causa dolor, aunque soportable, es convincente a la hora de obtener beneficios (“Todo lo que vale, cuesta”, “Quien bien te quiere te hará llorar”, etc.) Por eso un cirujano es más valorado que un médico internista o general.

## **Ese señor de bigote llamado practicante**

Las “endicciones” actuales tienen menos eficacia terapéutica que las de antes porque

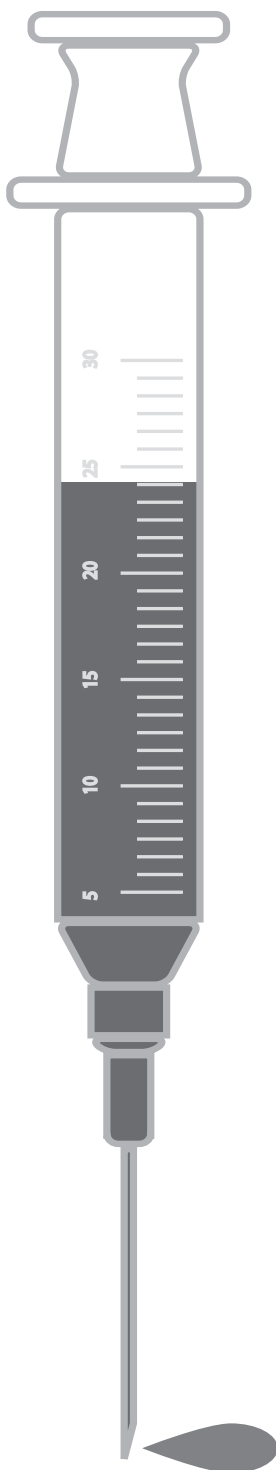
se ponen en un visto y no visto y luego se tiran. Antes había toda una liturgia en torno al hecho de poner una “endición”, asunto que se consideraba de suma importancia, hasta el punto de dedicar la vida entera a este menester unos señores con bigote recortado que se llamaban practicantes. Llegaban a casa del enfermo, saludaban ceremoniosamente a la familia, y cerca ya del enfermo pedían espacio libre en una mesa, un plato, un poco de agua, algodón y alcohol si lo había.

Acto seguido, sacaban de un pequeño estuche de cuero un hervidor metálico y

una aguja. Vertían un poquito de alcohol en la pieza inferior, le daban fuego y ponían a hervir la jeringa y la aguja sobre la llama azul. Si la estancia tenía poca

luz, oscilaban tonalidades azuladas que iluminaban la cara angustiada del paciente durante la ceremonia. Logrado el hervor, el practicante retiraba hábilmente el recipiente con una pinzas de Pean y apagaba el fuego situándolo encima. Luego colocaba la jeringa y el émbolo en el plato y esperaba unos segundos hasta que la temperatura le permitía tomarla con los dedos. El medicamento venía en forma de ampollas o viales cerrados con un taponcito de goma que había que perforar para aspirar su contenido. Con frecuencia, eran antibióticos en polvo a mezclar con balsámicos y entonces el ambiente se llenaba de saludables aromas a mentol, guayacol y eucalipto.

**Tras la partida del practicante, en el ambiente quedaba una atmósfera de balsámicos, ciencia y misterio**



Los practicantes se dividían en dos: los que hacían daño y los que no. La técnica consistía en limpiar con un algodón empapado en alcohol la zona, dar unos cachetitos en la nalga, entre los que iba incluida la introducción de la aguja, acoplar la jeringa cargada, aspirar para comprobar que no se pinchaba en un vaso y, por último, inyectar el contenido lentamente; luego de retirada la aguja se volvía a pasar el algodón y, si sangraba el orificio, se pedía a un familiar o al propio paciente que lo mantuviese oprimido unos minutos; si la aguja había hecho muchos servicios solía estar sin filo y entonces entraba mordiendo los glúteos. Los practicantes cuidadosos solían tener una piedra especial para afilarlas. Una vez recogidos los bártulos, el practicante dejaba la estancia deseando un próximo restablecimiento o despidiéndose hasta el día siguiente en que volvería a continuar el tratamiento. En el ambiente quedaba una atmósfera de balsámicos, alcohol quemado, ciencia y misterio. El enfermo, invariablemente, se sentía atendido y reconfortado.



### Un estuche de consuelo

Personalmente me siento feliz y orgulloso de haber ejercido en unos años en los que, si bien los recursos terapéuticos eran con frecuencia de eficacia dudosa y a veces no exentos de problemas (balsámicos inyectados), sentía a diario con satisfacción profesional la grave responsabilidad contraída en la atención a enfermos distantes de hospitales, con comunicaciones difíciles (montaña) y en circunstancias adversas. Sentía que la visita al paciente era de efecto positivo inmediato. Las “endiciones” que prescribía y que luego ponía el practicante (“platicante” en algunos casos) formaban parte de ese mundo

mágico que en la actualidad carece de secretos. Supongo que lo actual es mucho mejor, más aséptico, más seguidor de longevidades, más científico, más...

En el lugar donde ejerzo hubo un practicante hace muchos años que iba a las casas en bicicleta. Este hombre, al que en una ocasión dediqué un sentido homenaje en un periódico local, llevó en su estuche el consuelo, el lenitivo, en miles de ocasiones a lomos de su bicicleta, y hoy día forma parte de ese santoral laico al que acceden contadísimas personas en los pueblos de España. Se llamaba don Enrique Fuentes. ■



# Sanidad privada, motor de desarrollo y creación de empleo

Las empresas sanitarias, que el año pasado aumentaron su número en un 1,87%, crearon 45.000 empleos desde el 2006, con un crecimiento medio del volumen de negocio del 2,5%.

Por Gonzalo San Segundo

La sanidad privada en España capea la crisis económica mejor que otros sectores, debido, sobre todo, a su componente anticíclico y los buenos resultados obtenidos en los últimos años. Un dato significativo: mientras que el año pasado el número de empresas disminuyó casi un 2 por ciento en el conjunto nacional, en el sector sanitario privado creció un 1,87 por ciento, hasta totalizar 117.000, según un reciente informe de la consultora Áliad. Y otro dato importante: la evolución del mercado de los seguros de salud no ha dejado de crecer en los últimos años. En 2009, según datos de ICEA, alcanzó los 6.137 millones de euros, un 5 por ciento más que el año anterior.

Un sector, el de la sanidad privada, muy atomizado (cerca del 90 por ciento de las empresas tienen menos de dos empleados), que en 2008 facturó 27.517 millones de euros, de los que el 37 por ciento correspondió a los autónomos o profesionales independientes, entre los que se encuentran las consultas privadas. Esta es la realidad.

Pero más del 55 por ciento de los directivos y profesionales sanitarios encuestados para realizar el estudio consideran que la crisis económica ha afectado poco a su centro de trabajo o negocio, y un 45 por ciento dice que bastante. Si se les pregunta cuál es la percepción que tienen acerca de la economía del sector para los dos próximos años, la mitad responde que la cifra de negocio será mayor, y un tercio cree que se mantendrá estable. Esas manifestaciones proyectan un escenario claramente positivo para el sector de la sanidad privada, lo que es corroborado por el 78 por ciento de los entrevistados, que afirman estar bastante o muy de acuerdo en que el sector seguirá creciendo en el medio plazo.

Eso representa un cambio positivo desde la situación de partida de la crisis, fechada en 2008. Sin embargo, más allá de coyunturas económicas, existen otros cambios, de efectos más duraderos, que resultan modificadores de la faz de la sanidad privada de este país. Partiendo de que las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas es considerado como el principal cambio producido, junto con la formación de los trabajadores y los avances en tratamiento y medicación, los médicos estiman, mayoritariamente, que el futuro del sector estará marcado por tres aspectos

## LOS EMPLEOS\*

Ocupación	Personas
Médicos	96.200
Enfermeros	25.500
Odontólogos	25.100
Ayudantes de Odontología	22.500
Fisioterapeutas	19.800
Psicólogos clínicos	14.800
Auxiliar laboratorio análisis clínicos	5.900
Farmacéuticos	3.900
Directivos	2.650
Jefe de servicio médico	2.300
Otros titulados superiores y medios	7.100
Resto	136.250
<b>Total ocupados</b>	<b>339.500</b>

\* Datos de 2009. Fuente: Áliad

tos: la atención al paciente, la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y la tecnología de diagnóstico.

### Horizonte futuro

¿Qué sucederá en 2010? La tendencia del año pasado fue la de mantener, incluso incrementar, el empleo y las inversiones, pero este año "está siendo complicado", reconoce Fernando Mesa del Castillo, presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas. Y a partir de junio próximo muy probablemente se complicará más, ya que habrá que aplicar el incremento en el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), que, según Mesa del Castillo, supondrá a las clínicas privadas un coste añadido de 260 millones de euros.

¿Y cuál es la situación de los profesionales? Más de la mitad de los directivos encuestados cree que escasean, mientras que un 45 por ciento considera su número suficiente. Más carga de profundidad. A la cuestión *¿Qué situaciones cree que pueden ser causa de empeoramiento de la situación profesional de los trabajadores del sector?*, casi el 80 por ciento responden: la escasez de profesionales cualificados, lo que lleva a tener dificultades a las empresas para incrementar la plantilla. Otras contestaciones: gestión inadecuada de las empresas y mala organización.

Un aspecto muy destacado del informe citado se refiere a los motivos por los que los médicos eligen la sanidad privada y permanecen en ella. Las razones principales que aducen son, por este orden: el buen ambiente de trabajo, las buenas condiciones profesionales, la libertad de ejercicio y el trato humano. Las enfermeras también citan, en primer lugar, el buen ambiente de trabajo y, luego, el trato humano, la flexibilidad ho-

## LOS DATOS DE LA SANIDAD PRIVADA

- Representa el 2,51% del PIB.
- Facturó 27.517 millones de euros en 2008.
- En los últimos años crece a una media del 2,5%.
- Las inversiones alcanzaron los 3.065 millones de euros en 2007.
- Está constituido por 117.000 empresas.
- Emplea a un total de 339.500 personas.
- El 45% de los médicos colegiados ejerce la medicina privada.

ria y, parejo, las buenas condiciones profesionales.

Con todo, los profesionales del sector privado de la Sanidad siguen teniendo dificultades para acceder a la formación continuada que ofertan las empresas, aunque se han aminorado respecto a hace tres años. Así, el 44 por ciento de los directivos encuestados afirman que más del 75 por ciento de sus plantillas realizan cursos de formación, frente al 37 por ciento registrado en el año 2006. Las principales dificultades señaladas hacen referencia a razones económicas, al tamaño de la empresa (cuanto más pequeña más dificultades) y a la falta de planes formativos. ■

**Los médicos estiman que el futuro del sector estará marcado por tres aspectos: la atención al paciente, la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación y la tecnología de diagnóstico**

### EL GASTO SANITARIO\*

<i><b>País</b></i>	<i><b>Público</b></i>	<i><b>Privado</b></i>
Alemania	8,0	2,4
Bélgica	7,4	2,8
España	6,1	2,4
EE.UU.	8,7	7,3
Francia	8,7	2,3
Italia	6,7	2,0
Países Bajos	8,0	1,8
Reino Unido	6,9	1,5
Suiza	6,4	4,4

\* % del PIB en 2007. Fuente: OCDE.

### LA FACTURACIÓN\*

<i><b>Actividad</b></i>	<i><b>Empresas</b></i>	<i><b>Autónomos</b></i>
Hospitalaria	6.679	----
Medicina especializada	3.979	4.274
Medicina General	643	1.547
Odontología	1.958	972
Otras	4.063	3.397

\* Millones de euros. Fuente: Aliad.



# Carta abierta a **Mr. Obama:** Lesson one

**La reforma del sistema sanitario estadounidense implica afrontar una larga serie de cuestiones que en nuestro país siguen en debate, puesto que todo sistema sanitario debe evolucionar a la par que la sociedad en la que se enmarca.**

**Por Antonio García Quintáns\***

**E**n estos días estamos asistiendo a la creación de las normas que regularán el sistema sanitario público en Estados Unidos. El país más poderoso de la tierra no contaba con algo que a nosotros nos parece básico. Tan básico nos parece que no le damos mucho valor al que tenemos. El país que más porcentaje del PIB dedicaba a la sanidad y mejor tecnología médica tenía, sólo la tenía a disposición de quien la pudiera pagar a alto precio. Esto hacía que el porcentaje del PIB fuera alto pero el sistema de salud público, salvo las estructuras de lo equivalente a una beneficencia, no existiera. No se crea que aquí nos habíamos dado cuenta, llevamos años escuchando decir a muchos cerebros pensantes que la solución a los problemas de nuestro sistema sanitario público pasaban por dedicarle un mayor porcentaje del PIB y resulta que eso no tiene necesariamente que servir de algo. De hecho, su país ya corrigió este aspecto en los años 90, pagando los servicios por categorías diagnósticas (GRDs) y logrando la, *a priori*, considerada paradoja de abaratar costes mejorando la calidad con el despegue de la cirugía ambulatoria.

Es de justicia reconocerle mérito en este asunto, crear un sistema sanitario con base social en su país tiene que haber sido, por fuerza, difícil. Así lo hemos sospechado leyendo la crónica de su gestación aunque, por el momento, ésta sólo se refiera a los trámites legales previos, es decir, a la fase teórica.

Merece que no sólo le deseemos la mejor de las suertes en la inevitablemente más difícil fase ejecutiva, si no que nos permitamos hacerle alguna sugerencia. Usted nos perdonará el atrevimiento pero, unida a la mejor de nuestras intenciones, hay una experiencia de ciudadanos de un país con una ya larga tradición en cuanto a la disponibilidad de un sistema sanitario estatal que incluye a toda nuestra población. Por eso, hemos pensado que quizá le puedan servir de guía ciertos conocimientos adquiridos, a veces dolorosamente, con la práctica.

### **Claves para un sistema público**

Un sistema sanitario público debe ser, en primer lugar, público. Esto no quiere decir, como usted y los ciudadanos de su país ya comprenden, un sistema que preste siempre y directamente el estado, si no una asisten-

cia sanitaria respaldada y asegurada por el estado de la que el ciudadano sea beneficiario. Es decir, si el ciudadano recibe una prestación asistencial completa con cargo al fondo que debe prestarla y sin contribuir más que en la medida de sus obligaciones como ciudadano, no hay razón para no considerarla pública, independientemente de quién o cómo se gestione o preste esa asistencia, siempre y cuando sea con transparencia.

Un sistema sanitario público debe darle al ciudadano lo que necesite. Esto quiere decir que no tiene por qué darle lo que el ciudadano quiere o lo que piense que es a lo que tiene derecho. No necesita que le digamos que deben ustedes huir de las reivindicaciones del tipo “yo pago” y “yo quiero porque tengo derecho” y centrarse en las de “usted necesita” y “vamos a poner a su disposición”.

**“Reflexione antes de incluir prestaciones no demasiado importantes, que no podrá retirar después, y que quizá le impidan cubrir con la deseable calidad las básicas”**

También debe tener usted en cuenta las prestaciones que va a incluir en la cobertura del sistema. Piénselo bien, lo razonable es que incluya las básicas y más necesitadas por la población y que prolonguen esperanza y calidad de vida con prestaciones sencillas, también las más importantes desde un punto de vista de salud, es decir, las prestaciones de alta tecnología y especificidad que salvan vidas directamente. Reflexione antes de incluir prestaciones no demasiado importantes, que no podrá retirar después, y que quizá le impidan cubrir con la deseable calidad las básicas. Usted gobierna un país de 50 estados en el que si no fija claramente estas premisas y permite una gestión de las prestaciones descoordinada puede llegar a convertir su sistema sanitario en ingobernable y, lo que es peor, en insolidario. Créanos cuando le decimos que a partir de 17 “estados” un sistema con este problema empieza a parecer ingobernable.

Otro aspecto que debe cuidar es el del acceso a la cobertura sanitaria, aunque en su caso me imagino que velarán especialmente



las aseguradoras. Fíjese en nuestro admirable logro de una cobertura asistencial universal, quizá no desee gestionar el acceso a la misma de tal forma que las personas que no desean trabajar puedan conseguir la cobertura a través de sus padres con financiación total de la prestación farmacéutica, mientras que un trabajador, aunque se quede en paro, “sólo” la tiene cofinanciada. Es posible que en su país existan “jóvenes” de hasta cuarenta años que no se dedican a nada y que podrían estar en esta situación, sin que nadie revise los sistemas de acceso a las prestaciones.

### Relación con la industria farmacéutica

Y hablando de la cobertura farmacéutica, debería ir pensando en si va a financiar la totalidad del coste de todos los fármacos, si no va a ejercer prácticamente ningún control sobre los pacientes a la hora de consumirlos, si va a financiar cualquier nuevo fármaco que se ponga en el mercado independientemente de que tenga un precio exorbitado y no aporte ninguna novedad tera-

péutica. No parecería usted muy avisado si perdiera el tiempo peleándose con la industria, los profesionales y los pacientes por unos céntimos de los medicamentos básicos más baratos mientras aprueba financiar otros caros para enfermedades que ya tienen un tratamiento igual de efectivo a un precio razonable.

Un país como el suyo no puede sino basar la selección de profesionales en criterios prácticos como la pericia, el esfuerzo y la implicación, para poder trasladarles la responsabilidad de gestión que, por su cercanía al paciente, ellos podrían mejorar. No se crea que es una idea exclusiva de su país, en el nuestro esa premisa ya estaba en un olvidado, valorado y denostado (todo a la vez ya que nos cuesta decidirnos) Informe Abril (1990). A día de hoy le podemos confirmar que seguimos trabajando en el tema.

Por lo que se traduce del competitivo ámbito laboral de su país y del marco de gestión en el que se mueven los prestadores de la asistencia sanitaria, el mismo mercado se encargará de tener unos gestores y directivos profesionales y no le dolerán prendas en sustituir a los que no rindan adecuadamente. Seguro que los escogerán en base a sus méritos y habilidades y no dejarán en manos de ningún aficionado responsabilidades de gestión de alto nivel. En esto es posible que nos lleven ventaja, aunque no sería mala idea que ese marco empresarial puro se viera mejorado en alguna medida por aspectos que no estuvieran exclusivamente ligados a una cuenta de resultados. En este apartado seguro que les llevamos ventaja nosotros, quizá demasiada.

### Responsabilidades del paciente

También debería usted pensar en si va a fijar en el paciente en sí mismo algún grado de responsabilidad sobre sus propias enfermedades. La educación sanitaria, con su primera premisa de los hábitos de vida saluda-

**“Pueden mirar a nuestro sistema de salud, hay muchas cosas que copiar. Para empezar se puede acceder con seguridad al mismo, es más solidario cuanto más grave es el problema y no se cuestiona la necesidad de que continúe existiendo”**

## Puntos clave para un sistema sanitario público y saludable

- **Primero**, extienda la cobertura de manera razonable, no la regale.
- **Segundo**, controle las prestaciones valorándolas en función de lo importantes que sean.
- **Tercero**, influya en los ciudadanos, implíquelos y responsabilícelos.
- **Cuarto**, siga siendo valiente.

bles, es una asignatura en la que deberían aplicarse. Fomentar la implicación del paciente, comprometerlo en esa gran parte de responsabilidad que tienen en su enfermedad, incluso exigirles con la misma firmeza que al propio servicio sanitario un cumplimiento con niveles razonables de competencia, no parece una propuesta descabellada.

Sin duda es más fácil no abundar en ese aspecto y dejar que el paciente, tras diagnosticársele una enfermedad, se la devuelva al servicio sanitario preguntándole que van a hacer por él y que cuando se obtengan malos resultados, increíblemente, se acabe culpando a los servicios asistenciales. Debería valorar si está dispuesto a entrar en una espiral de exigencias que lleguen a quejas a propósito del sabor de un medicamento.

Sentimos curiosidad por cómo va a gestionar el acceso a las prestaciones más demandadas. Es posible que se plantee modular el acceso indiscriminado a las urgencias o los inacabables periplos de algunos pacientes por las consultas. También puede ser que genere sistemas de gestión de las prestaciones que premien la efectividad en aquellos puntos más necesarios. Con estas opciones cabe la posibilidad de que consiga darle las prestaciones a quien las necesite y no tenga que generar espera en las mismas para, creando un efecto disuasorio, disminuir el acceso, ya que esto puede provocar que renuncie el que lo necesite y continúe el que no.

No entraremos en el tema de la prestación por incapacidad transitoria y su control, ni en el de la invalidez permanente y sus criterios de asignación y revisiones. Son un tema más laboral que sanitario del que quizá no entendieran ustedes, por su cultura, la picaresca española.

Pero debe usted estar convencido de que ha hecho lo correcto, pese a estos posibles problemas, la opción de facilitar a todos los ciudadanos una asistencia básica es un logro incuestionable. A pesar de la arraigada tradición en su cultura del individualismo que supone tener la responsabilidad de valerse por uno mismo, todos y cada uno de sus ciudadanos agradecerán, llegado el siempre inesperado, prematuro y seguro día en que su salud falle por algo grave, la solidaridad de aquellos que junto a él conforman su país.

Pueden mirar a nuestro sistema de salud, hay muchas cosas que copiar. Para empezar se puede acceder con seguridad al mismo, es más solidario cuanto más grave es el problema y nadie se cuestiona la necesidad de que continúe existiendo. Es cierto que quizá tenga problemas por pulir, algunos quizá los haya usted identificado durante la lectura, y los venceremos si conseguimos concienciarnos de que la solución pasa por la valentía en las decisiones, el consenso para las mismas y que es necesario trabajar día a día y duramente ya que no existen fórmulas mágicas para solucionar los problemas de algo tan complejo de forma repentina.

La verdad es que todo el texto anterior se resume básicamente en cuatro premisas. La primera, extienda la cobertura de manera razonable, no la regale. La segunda, controle las prestaciones valorándolas en función de lo importantes que sean. La tercera, influya en los ciudadanos, implíquelos y responsabilícelos. La cuarta, siga siendo valiente. ■



\*Antonio García Quintáns es director de la Escuela de Directivos Sanitarios de Galicia y presidente de la Fundación SEDAP para el desarrollo directivo.

# Cultura

## LIBROS

### Médicos que cedieron su nombre a la Historia

**A** la enfermedad de Crohn o al esófago de Barret se las conoce así porque la primera fue descrita en 1932 por el norteamericano Burril Bernard Crohn y porque de la segunda hizo lo propio un cirujano australiano en 1950 llamado Norman Rupert Barrett. Dos médicos que dejaron su nombre en la historia de la medicina gracias a sus aportaciones. Son sólo dos ejemplos entre el centenar que recogen los profesores Manuel Díaz-Rubio y María José Devesa en el libro *Epónimos en aparato digestivo*. La obra, editada por la Fundación Mutua Madrileña, es un homenaje a todos esos profesionales que pusieron apellido (epónimos), en el área de digestivo, a síndromes, operaciones, hernias, úlceras, conductos, sondas... e incluso hasta a una dieta. La dieta de Sippy fue introducida en 1915 por el internista norteamericano Brertram Welton Sippy. Se aplicaba a los pacientes con úlcera gastroduodenal y consistía en la administración de leche, huevos y purés. Una dieta que, según se explica en el libro, hoy día carece de todo sentido.



**Título:** *Epónimos en aparato digestivo*.

**Autores:** Manuel Díaz-Rubio y María José Devesa.

**Edita:** Fundación Mutua Madrileña.

## EXPOSICIONES

### Arte callejero en el MUAU de A Coruña

**E**l Museo Urbano de Arte Urbana, el MUAU, de A Coruña lanza la exposición "Posgraffiti, geometría y abstracción" que se podrá visitar hasta el 27 de junio en la Sede Fundación Caixa Galicia de esa ciudad. La exposición centra la mirada en la abstracción y la geometría presentes en el actual postgraffiti, una forma de arte urbana que abarca nuevos conceptos y que ha ganado numerosos adeptos en los últimos años. Esta será la primera de una serie de exposiciones para estudiar pormenorizadamente las diferentes formas, épocas y tendencias del arte en la calle.



### CaixaForum Barcelona se adentra en el universo de Fellini

**H**asta el 13 de junio el CaixaForum de Barcelona invita a sus visitantes a recorrer el universo visual del director italiano Federico Fellini por medio de la exposición "Federico Fellini: el circo de las ilusiones". La muestra, centrada exclusivamente en las imágenes del universo felliniano, constituye una especie de laboratorio visual que incluye más de cuatrocientas obras y en el que se propicia el diálogo entre las imágenes fijas y las imágenes animadas. Presenta a Fellini a través de sus distintas obsesiones y trata sus fuentes de inspiración como materia prima de su proceso creativo. No se trata de una muestra estrictamente cronológica, ni filmográfica: se aborda de forma más amplia el siglo del cine, que fue el suyo, pero también el siglo de la prensa, la televisión, la publicidad, los medios de comunicación en general... En una palabra: imágenes.



## TEATRO

### Tiempos de avaricia en el Teatro María Guerrero de Madrid

**E**l Centro Dramático Nacional lleva a escena la obra de Molière: *El avaro*, interpretada por Juan Luis Galiardo, que protagoniza el montaje como el mezquino Harpagón, y dirigida por Jorge Lavelli. La obra estará en cartel en el Teatro María Guerrero de Madrid hasta el 23 de mayo. El texto de Molière cuenta la historia de un avaro que intenta casar a sus dos hijos con ricos herederos, en vez de con sus verdaderos amores a los que ve insuficientes para sus planes de futuro. Entre esos planes se incluye el comprar a una mujer joven con la que casarse para asegurarse buenos cuidados durante su vejez. El delirio egoísta de Harpagón va creciendo a lo largo de la obra, hasta alcanzar un momento catárquico en el que pide que todo París sea encerrado por el robo de una arqueta llena de dinero.



# Internet

## Proyecto piloto digital para las pymes hoteleras

Sección patrocinada por



Los sectores del transporte y comercio minorista son los que menos utilizan las tecnologías de la información (TIC), un infortunio para España, dado que entre los dos suman el 30 por ciento del PIB. Según el análisis realizado por Fundetec y la Dirección General de la PYME, ambos sectores tienen barreras de tipo económico para financiar los equipos y tecnologías digitales, además de un rechazo de tipo cultural difícil de superar.

El sector textil, junto con la artesanía, tienen un uso adecuado de las infraestructuras básicas y herramientas de gestión, pero fallan en las aplicaciones específicas; todo lo contrario que el sector logístico y el del turismo rural, que se situarían en un "segundo escalón" del *ranking* que encabezan las empresas hoteleras, sobre todo las grandes cadenas, con una situación normalizada, tanto a nivel de infraestructura básica como de herramientas de gestión.



Sebastián Muriel, director general de red.es.

El problema, según red.es, es que las cadenas hoteleras son pioneras en innovación, pero representan un pequeño porcentaje en comparación con las micropymes, que suponen el grueso del sector y que tienen carencias graves, como la interconexión con canales de venta, gestión electrónica de la planificación, gestión de las tarifas y ofertas, diversos aspectos relacionados con el *check in y check out*, o el registro de clientes, programas de fidelización, etc.

Para remediar esta situación, la patronal Segittur y red.es colaborarán en un "proyecto piloto" consistente en implantar a lo largo de 2010 una solución tecnológica adaptada a 1.800 establecimientos de Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, las dos Castillas, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia, Navarra, Ceuta y Melilla. Una vez validada la solución tecnológica piloto, los resultados que se obtengan serán difundidos a la totalidad del sector. ■

### Documentales de ingeniería y construcción

Las grandes obras de ingeniería, como la isla artificial Palm Jumeirah en Dubai o la construcción de un Ferrari en la fábrica italiana de Maranello, paso a paso.

<http://www.documentales.es/ingenieria-construccion/>



### Moda anticrisis

Distintas alternativas para las tendencias de moda de la primavera y verano 2010, adaptada a la difícil situación económica que padecemos.

<http://www.modaanticrisis.com/?gclid=CLLL2PGSg6ECFRBk4wodW07KBA>



## CIBERCONSEJOS

### Premiados con el Pulitzer dos medios exclusivos de Internet

Por primera vez, los prestigiosos premios periodísticos han ido a parar a medios soportados únicamente en la red. ProPublica, que publica información *on line*, ha ganado un premio Pulitzer por un reportaje de investigación sobre el huracán Katrina. Asimismo, la web [www.sfgate.com](http://www.sfgate.com), del San Francisco Chronicle, ha recibido este galardón por sus tiras cómicas animadas, siendo ésta la primera vez que una tira publicada en Internet gana el Pulitzer a la mejor viñeta editorial.

### Guerra de móviles para las redes sociales

Microsoft ha presentado su nueva serie de teléfonos móviles Windows Phone KIN: KIN ONE y TWO. Ambos tendrán pantalla táctil y teclado desplegable. KIN permitirá que los datos de nuestros contactos de Facebook, Myspace o Twitter aparezcan en pantalla, a la vez que facilitará la subida a estas redes sociales de las fotos, vídeos y textos que tengamos almacenados en el teléfono. Esto sucede pocos días después de que Apple hiciese lo propio con su actualización del sistema operativo, el iPhone OS 4.0.

# Golf



Masters de Augusta

## Mickelson se puso su tercera 'chaqueta'

El reaparecido Tiger Woods, gran favorito para la victoria, acabó cuarto con -11 puntos.

Con cinco *birdies* y siete pares en los últimos 18 hoyos del siempre complicado Augusta National, Phil Mickelson ganó su tercer *masters* después de demostrar durante la competición que fue el mejor de los 98 participantes que tomaron parte en el primer Major de la temporada. Lee Westwood fue segundo a tres golpes y Tiger Woods, el gran favorito a la victoria, acabó cuarto con -11.

Para ganar un torneo como el Masters, en la última jornada hay que jugar muy bien y hacerlo sin cometer un solo error. Y así lo hizo el zurdo Phil Mickelson que, con una vuelta de 67 golpes, se alzó con el triunfo, finalizando con un *birdie* de cuatro metros que enervizó aún más a los casi 10.000 espectadores que esperaban ansiosos el desenlace de este Masters marcado por el retorno de Tiger Woods.

El número uno del mundo había terminado unos minutos antes de que lo hiciera el ganador y sus 11 bajo par reflejaron, más que el buen juego de un



El mejor Mickelson aparece cuando Woods está en el campo.

Woods al que le falta afinar su juego tras cinco meses complicados, las dudas y la irregularidad de un jugador que, seguro, muy pronto volverá a ser el que fue antes de la noche de Acción de Gracias de 2009.

En ningún momento Woods tuvo a su alcance la quinta chaqueta verde. En algunos momentos perteneció a Westwood. También tuvo algún instante sobre sus hombros la chaqueta el esta-

dounidense Kim, incluso Choi tuvo sus opciones, pero de todos ellos fue Mickelson el que más seguro parecía de su éxito. Le daba lo mismo las ovaciones que oía por otras partes del campo e, incluso, sus errores parecían muy poco importantes cuando se producían. Con un juego matemático y de una calidad brutal, Mickelson sumó su tercera chaqueta, demostrando una vez más que el mejor Phil aparece cuando Woods está en el campo. Sin Woods, Mickelson se queda a la mitad y con él se multiplica por dos. Un americano, Matt Kuchar y un coreano, K. J. Choi, fueron los primeros compañeros de Woods en su primer torneo desde hace casi cinco meses.

El estadounidense Matt Kuchar, que disputaría en Augusta su cuarto Masters, fue uno de los invitados en el partido estelar de la primera jornada del primer grande de la temporada. Kuchar, que cuenta en su palmarés con dos victorias en el circuito de la PGA estadounidense, ganó en 2002 y en 2009. ■

## Segunda edición del Circuito Femenino profesional

El día amaneció soleado en Novo Sancti Petri aunque, desde primera hora de la mañana, el viento de Levante no cesó de rugir sobre la zona de Chiclana. El torneo estaba en manos de Ana Larrañeta al pasar por la mitad del recorrido. La navarra lideraba con tres golpes de ventaja sobre sus compañeras, Emma Cabrera y Marta Prieto, pero un doble *bogey* en el hoyo 10, seguido de sendos errores en los tres siguientes, igualaron a las tres jugadoras a su paso por el 13. En el 14, Emma se colocó en cabeza para mantener esa posición hasta el final. Marta la igualó en el 15, donde la gran canaria cometió un error, que enseguida compensó con *birdie* en el siguiente para ocupar de nuevo el primer puesto. En el tee del 18, Cabrera salía con un golpe de ventaja sobre Prieto y las dos jugadoras enviaron la bola al *bunker* de la izquierda. La sevillana estaba más lejos, aunque en una posición no tan complicada, y firmó el par; la canaria tenía la bola muy pegada al talud, no pudo frenarla y terminó cometiendo *bogey* para finalizar empatadas. Salieron a *play-off* y jugaron nuevamente el hoyo 18. Esta vez fue Marta quien envió la bola al *bunker* de la derecha para terminar con *bogey*, mientras Emma la dejaba a cuatro metros de la bandera y cumplía el par que le daba el triunfo.

# 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)



**Que los abrazos sólo sirvan para compartir alegría**

Éste es nuestro objetivo, nuestro compromiso y nuestro trabajo.

Para ello investigamos y desarrollamos nuevas alternativas de tratamiento del dolor eficaces y seguras.

Por eso apoyamos a los que se preocupan por él: médicos, farmacéuticos e instituciones.

Para que el dolor se transforme en alegría.

