



Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 133 11 de junio de 2010 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

LA PROFESIÓN

va


por dentro

ADEMÁS

JORNADA
AUTONÓMICA
Aragón: Investigación
biomédica y nuevas
tecnologías (pág. 56)

SPA

www.medeco.es.com



Changing tomorrow

Astellas aspira a cambiar el mañana. A través de nuestro compromiso de ofrecer a los pacientes la esperanza de un futuro mejor, queremos liderar el camino en las áreas terapéuticas donde ya somos expertos, concentrándonos en aquellas necesidades médicas que aún no han sido satisfechas. Astellas, en su búsqueda constante de la innovación, continuará identificando y desarrollando nuevas formas de mejorar la salud de los pacientes.

Aspiramos a descubrir las soluciones médicas del futuro para los problemas de salud de hoy. Astellas tiene el compromiso de alcanzar el éxito que conlleva cambiar el mañana.

TRASPLANTE
VIROLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ANTI-INFECCIOSOS
DOLOR



astellas

Leading Light for Life

16 EN PORTADA

LA PROFESIÓN va por dentro

Competencia e integridad en la práctica médica, seguridad de los pacientes, defensa de la vida y la lucha contra el dolor, nuevos modelos de retribución y protección social, validación periódica de la colegiación y el buen gobierno del sistema sanitario son algunas de las estrategias de futuro que los médicos de este país diseñaron en el II Congreso de la Profesión Médica, celebrado en Madrid el pasado mes de abril.



ENTREVISTA

14 "Se mejora la eficiencia económica ofreciendo calidad asistencial"

Acérrimo convencido de la necesidad de colaboración entre la sanidad pública y la privada, Alberto de Rosa Torner, director general del Grupo Ribera Salud, tiene una dilatada experiencia en la gestión hospitalaria.

JORNADAS AUTONÓMICAS

56 Aragón: investigación biomédica y nuevas tecnologías

La comunidad aragonesa contará, a partir de 2011, con un instituto de investigación biomédica, en los que tendrán cabida, entre otros, proyectos de bioingeniería y medicina regenerativa.

MESA REDONDA

48 A la caza del paciente a través de las redes sociales

Las nuevas posibilidades de divulgación y mercado que ofrece Internet, como las redes sociales, están siendo empleadas por la sanidad privada para la realización de un marketing sanitario que emerge desde el fondo de la crisis económica.



Real Academia Nacional de Medicina



2ª Edición

Premio Carlos IV

de Investigación en
Medicina Preventiva
y Salud Pública



Bases disponibles en: www.ranm.es

Con la colaboración de:



REAL ACADEMIA
NACIONAL DE MEDICINA

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

6 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

8 Aula de gestión sanitaria

El modelo sanitario catalán

10 Gestión de calidad. Enfermería

Emergencias y urgencias

12 Economía de la Salud en el Área de Incontinencia

Reducción de efectos adversos

44 Renta 2009 (y IV)

Rendimientos de pagos en especie

Y ADEMÁS...

46 Sanidad Autonómica

Consejería de Sanidad del Gobierno
de Canarias

60 Las tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cuál cree que será el principal
reto para los profesionales de la
medicina en los próximos años?

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

* Los resultados serán publicados en números
posteriores de Medical Economics

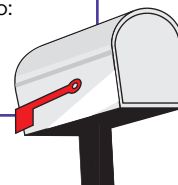


ENCUESTA EXCLUSIVA

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

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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



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

MEDICAL ECONOMICS no hace necesari-
amente 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 belong-
ing to Advanstar Communications Inc.,
located in Duluth, Minnesota, USA.
Published under license.

© Copyright 2010 Edición Española,
Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitalares

Marta Aguilera Guzmán

Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Margarita Alfonso Jaén

Secretaria General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walther

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

Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero

Director Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz

Farmaceutista Abogado 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

Julio Fernández Llamazares

Secretario General de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

José Fernández-Vigo López

Director Médico Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

Francisco Vicente Fornés Úbeda

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

Antoni M. Fuster Miró

Gerente Unión Balear de Entidades Sanitarias

Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

José Ángel García Rodríguez

Presidente. Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico. Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

Abraham Herrera

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

Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Alvaro Hidalgo Vega

Departamento de Economía. Universidad de Castilla-La Mancha

Héctor Jausás Farré

Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico. Dirección General de Farmacia

Diego López Llorente

Presidente de Club Médico

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales Chiesi España

Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

Fernando Mesa del Castillo

Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

Regina Múzquiz Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales Sanofi-Aventis

César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología Facultad de Farmacia UCM

José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas Merck Sharp & Dohme España

José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad. PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

Emilia Sánchez Chamorro

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

Eugeni Sedano i Monasterio

Director de RR.II. Laboratorios Dr. Esteve

José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica Facultad de Medicina. UAM.

Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente Asociación Española de Derecho Sanitario

Javier Subiza Garrido-Lestache

Director. Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

Luis Truchado Velasco

Director EuroGalenus-Executive Search Consultants

Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

Luis Verde Remeseiro

Director del Área Sanitaria de El Ferrol (A Coruña)

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García
Médico de Familia
Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández
Experta jurídica en Derecho Ambiental

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

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

Derecho/Malpraxis

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

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

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

Impuestos/Finanzas

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

José Ignacio Alemany
Socio Director
Bufete Alemany Escalona & Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras
Médico Gerente
Incubación Proyectos Empresariales
-MediTecnología, 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

¡Qué bello es vivir!

Que la expresión “nuestro sistema nacional de salud es uno de los mejores del mundo” tiene fecha de caducidad es algo que se venía denunciando desde diversos ángulos, y con anterioridad al inicio de la crisis financiera internacional, de la que España está siendo ya uno de los principales damnificados junto a Grecia, Portugal e Irlanda (grupo “pigs”) y a los que se puede unir Italia, configurando otro acrónimo, “gipsy”, tan despectivo como el anterior.

Las sanidades autonómicas de todas las CC.AA. y colores políticos sabían ya de las dificultades presupuestarias para tratar de garantizar un equilibrio que se había manifestado como claramente inestable. Esta realidad, la del mal de muchos, es la que había posibilitado el consenso en el seno del Consejo Interterritorial desde la llegada de Bernat Soria al Ministerio de Sanidad y hasta nuestros días.

La situación se resumiría en que la población tiene el derecho inalienable a disponer de buenas instalaciones, tanto para la asistencia ambulatoria como hospitalaria, profesionales con nivel de formación y actualización, equipamientos de todo tipo, acceso ilimitado a los tratamientos de vanguardia en condiciones de eficiencia a la altura requerida, pero con un solo problema: no sabemos cómo pagar todo esto.

Para intentar paliar en la medida de lo posible esta situación, algunos agentes como Farmaindustria y Fenin pusieron en marcha planes que significaron, en el primer caso, aportación de fondos para colaborar en los costes de I+D de las CC.AA.; y en el segundo, medidas relacionadas con el aplazamiento de la deuda a los proveedores.

Y en estas estábamos cuando el 12 de mayo, el Gobierno de la nación, aparentemente forzado por la presión internacional, nos anunciaba el llamado plan de ajuste tan bien respaldado por el Banco Central Europeo, el Banco Mundial y los mercados: recorte de los sueldos de los funcionarios, congelación de las pensiones, supresión del cheque-bebé y una nueva bajada del precio de los medicamentos a añadir a la del mes pasado, que ya supuso 1.500 millones de euros.

Desde el anuncio del ajuste, la tensión social no ha parado de subir y las reacciones de los principales afectados son ya un clamor. El pri-

mero en manifestar su desacuerdo fue Jesús Acebillo, presidente de Farmaindustria, quien se vio obligado a cambiar el contenido de su intervención en el Foro España Innova previsto para el 14 de mayo, dos días después del anuncio del presidente del Gobierno, y resaltar la contundencia de las sucesivas medidas de ajuste y control del gasto sanitario público sobre el medicamento y el peligro de la decisión sobre la productividad, el empleo, la investigación y la destrucción de parte del tejido industrial.

Tras él se ha producido una cascada de declaraciones y manifiestos: 1º.- Del Consejo Social de la OMC, integrado por el Consejo General de Colegios Médicos, el Foro Español de Pacientes, la Confederación Española de Organizaciones de Mayores y la Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas, reivindicando el papel de la sanidad como uno de los pilares del Estado de Bienestar y la escasez presupuestaria que dificulta la calidad. 2º.- De los sindicatos médicos y de enfermería, CESM y SATSE, lamentando que el peso de la crisis haya de recaer sobre los profesionales que han hecho posible una asistencia de calidad. 3º.- Del Consejo de Colegios Farmacéuticos y la distribución (Fedifar y Cofares), alegando igualmente su contribución a la satisfacción de los pacientes y el riesgo económico sobre este sector.

Todo muy razonable y compartible por *Medical Economics*. No sólo somos testigos de lo que acontece, sino que estamos en la lucha de aportar soluciones, animar el debate y reconocer el esfuerzo de todos, incluido el nuestro, en una labor difícil de realizar en las actuales circunstancias.

Por eso es bueno recordar la magnífica película de Frank Capra “¡Qué bello es vivir!”, magistralmente interpretada por su protagonista, James Stewart, para esperar también que, como en la película, y ante una situación tan desesperada como allí se narra, aparezca un ángel, y a poder ser también sin alas, que nos saque de esta.

Que así sea. ■



Manuel García Abad
mga@drugfarma.com

Manuel García Abad

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

48

dependientes por cada cien personas en edad de trabajar había en España en 2009.

25

eran dependientes mayores de 65 años.

23

eran dependientes menores de 16 años.

52,5

por ciento es la tasa de dependencia en Castilla y León, la mayor de España.

39,8

por ciento es la tasa de dependencia de Canarias, la menor del país.

Fuente: Asociación de Grandes Empresas de Trabajo Temporal (Agett).

INVERSIONES

Los fondos de inversión nacionales reducen sus patrimonio un 1,37%

En los cuatro primeros meses de este año, se fugaron de los fondos de inversión nacionales 5.410 millones de euros, el 3,18 por ciento de su patrimonio gestionado, según datos de VDOS Stochastics.



De esa cantidad, casi una cuarta parte corresponden a la última semana del pasado mes de abril, coincidiendo con el empeoramiento de la economía griega y el temor de contagio a la española. Tras estos ajustes, el patrimonio total gestionado por dichos fondos en el primer cuatrimestre del año quedó en 164.622 millones de euros.

SEGURIDAD LABORAL

Reducidas un 22% las agresiones a profesionales en Castilla y León

El Plan de Sanidad diseñado por la Consejería de Castilla y León para reducir las agresiones a los profesionales de la sanidad comienza a dar sus frutos a tenor de los primeros resultados publicados por el Observatorio de Agresiones del Personal Sanitario de Castilla y León. Según un informe que refleja los datos referentes al segundo semestre de 2009, las agresiones se redujeron en un 22 por ciento, pasando de 190 casos en la primera mitad del pasado año a 148 en la segunda. El informe señala que en el último ejercicio 408 profesionales resultaron heridos por parte de pacientes o acompañantes, resultando 87 de estas agresiones en denuncias en los tribunales. La consejería castellano-leonesa tiene previsto continuar implantando medidas de seguridad a lo largo del presente año con un presupuesto de 120.000 euros. El plan incluye la implantación progresiva de la figura del "informador de urgencias", que ya funciona en tres hospitales con buenos resultados.



ENTRE NOSOTROS

El profesor José Luis Álvarez-Sala, jefe del Servicio de Neumología del Hospital Clínico San Carlos y miembro del Consejo Editorial de *Medical Economics*, ha sido elegido nuevo decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Álvarez-Sala, catedrático de Medicina de la citada Facultad, fue así mismo presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y sustituye en el decanato al profesor Ángel Nogales.

PRESCRIPCIÓN

Navarra se une a la receta electrónica

El pasado 24 de mayo comenzó en la zona de Mendillorri de la comunidad navarra el pilotaje de receta electrónica (LAMIA). El método adoptado en Navarra, denominado LAMIA, es un sistema de alta disponibilidad basado en estándares del mercado que está integrado con la Historia Clínica Informatizada y con el software de las oficinas de farmacia. Permite a los diversos actores del sistema (oficinas de farmacia, médicos, personal de enfermería) disponer de la información en tiempo real y en la que se incluyen las prescripciones, visados y dispensaciones, integradas a su vez en el historial farmacoterapéutico. Con la inclusión de Navarra ya sólo son dos, Asturias y La Rioja, las comunidades que tienen pendiente la adopción del nuevo método; el resto se encuentran en diferentes fases de desarrollo.



EMPRESAS

Sanofi lanza una opa sobre la polaca Nepentes

Sanofi-Aventis y el laboratorio Nepentes han anunciado la firma de un acuerdo definitivo entre la filial polaca de Sanofi-Aventis, Nepentes y sus accionistas mayoritarios, en virtud del cual la primera lanza una oferta pública de adquisición (OPA) sobre el 100 por cien de las acciones en circulación de Nepentes, fabricante polaco de productos farmacéuticos y dermocosméticos, que cotiza en la Bolsa de Varsovia.



Astellas se refuerza en EE.UU. con la adquisición de OSI

Tras meses de negociaciones Astellas Pharma ha conseguido hacerse con la biotecnológica estadounidense OSI por 3.245 millones de euros, una adquisición que permite al laboratorio japonés añadir a su cartera de productos el tratamiento contra el cáncer Tarceva, además de fomentar su presencia en el mercado norteamericano.



Siemens vende equipos médicos en Murcia por 132 millones de euros

Los nuevos hospitales públicos de Cartagena y Mar Menor, en Murcia, se verán equipados con tecnología de Siemens, por valor de 132 millones de euros, según un contrato conseguido bajo la modalidad de *diálogo competitivo*, poco común en España. El contrato incluye el suministro, mantenimiento (durante los próximos 15 años) y renovación de los equipos diagnósticos y la infraestructura de tecnologías de la información y comunicación. Una novedad es que la multinacional alemana se encargará de la financiación de la operación mientras dure el contrato.

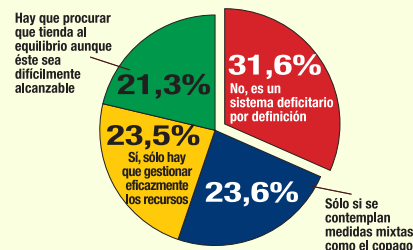


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

Medical Economics

¿Cree que la sanidad universal es compatible con un gasto sanitario equilibrado?



La mayor parte de los encuestados (31,6 por ciento) consideran que un sistema sanitario universal es deficitario por naturaleza y que es un "mal menor" que hay que asumir en favor de la sociedad. En la misma línea se expresan el 21,3 por ciento de respuestas que señalan que lo máximo que se puede hacer es situar el equilibrio financiero como un objetivo al que tender. Para el 23,6 por ciento de los participantes en la encuesta el equilibrio en el gasto sanitario se puede alcanzar sólo si se adoptan medidas de financiación mixtas, mientras que el 23,5 por ciento consideran que es posible alcanzar el equilibrio en el gasto sanitario aplicando una gestión realmente eficaz.

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

Aula de Gestión Sanitaria

El modelo sanitario catalán. Objetivo: sostenibilidad



Josep Maria Sabaté*

» El CatSalut es el responsable de la compra y evaluación de los servicios sanitarios en función de las necesidades de la población

» Al igual que una aseguradora privada, el CatSalut ofrece a sus asegurados la cobertura del derecho a la salud a través de una cartera de servicios, mediante una "póliza tácita" generada automáticamente por ser ciudadano del territorio

El Sistema de Salud de Catalunya propone un modelo sanitario que integra y prioriza la salud pública, incluida la salud laboral y medioambiental, la atención sanitaria y los servicios sanitarios y sociales de atención a la dependencia. Un nuevo modelo adaptado a las necesidades de toda la población: ciudadanos, profesionales, gestores, políticos.

Nuestro modelo sanitario se concretó en 1990, con la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), consolidando un sistema sanitario mixto, propio del país, con la extensión del modelo a todas las líneas de productos sanitarios y socio-sanitarios¹.

Este modelo de integración se inició con la red hospitalaria de utilización pública (XHUP, por abreviación de las siglas catalanas). Desde la XHUP, el modelo se extendió a las otras líneas (primaria, socio-sanitaria, salud mental) y otros servicios sanitarios (emergencias, transporte sanitarios).

El Servicio Catalán de la Salud (CatSalut)

En este marco se creó en 1991 el Servicio Catalán de la Salud. Su misión, desde entonces, es garantizar la atención sanitaria de cobertura pública de calidad, en su función de aseguradora pública de toda la población de Cataluña².

Así, pues, el CatSalut es el responsable de la compra y evaluación de los servicios sanitarios en función de las necesidades de

la población, desarrollando, por un lado, una gestión integral de la oferta y la demanda con equidad, efectividad y eficiencia, y de otro, la comunicación con la ciudadanía y su participación en el sistema.

En la línea de los sistemas sanitarios europeos, el CatSalut incorpora las mejores prácticas de las aseguradoras privadas que son aplicables a un sistema sanitario público, que permiten mejorar el funcionamiento interno y enfocarse hacia los asegurados. Obviamente, no hay en nuestro caso explotación industrial y la dotación económica proviene de la contribución general de la sociedad a través de los presupuestos públicos.

El aseguramiento público

Al igual que lo hace una aseguradora privada, el CatSalut ofrece a sus asegurados la cobertura del derecho a la salud a través de una cartera de servicios, mediante una "póliza tácita" —generada automáticamente por el hecho de ser ciudadano del territorio, que establece simbólicamente los derechos pero también los deberes de los usuarios de los servicios, fundamentados en el artículo 43 de la Constitución española.

La cobertura sanitaria pública se acredita a través de la Tarjeta Sanitaria Individual emitida por el CatSalut, que, cabe decir, también es el documento acreditativo del derecho a recibir las prestaciones del Sistema Nacional de Salud en cualquier otra Comunidad Autónoma, por lo que contiene los datos necesarios para garantizar, además de la prestación de los servi-



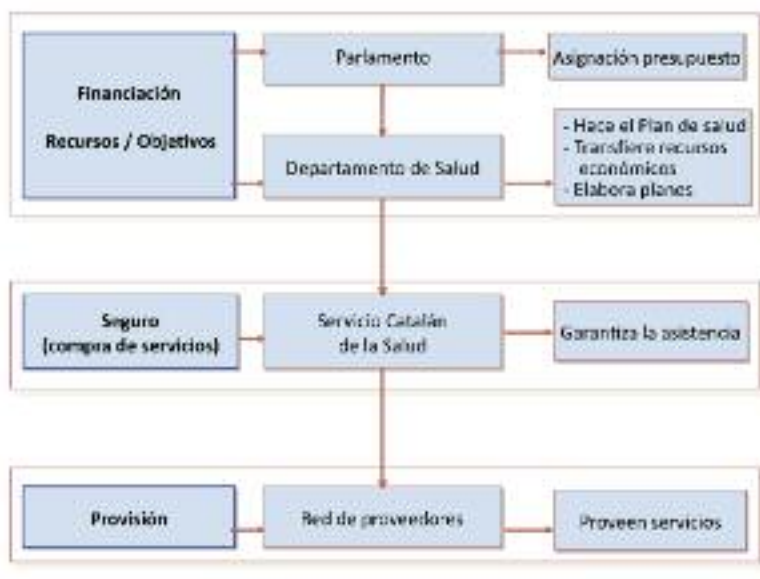
cios en Cataluña, la compatibilidad en todo el Estado español, de acuerdo con el Real decreto 183/2004, de 12 de febrero de 2004.

En este escenario, el Departamento de Salud ejerce como tomador de la póliza, definiendo la cobertura y pagando la prima por asignación presupuestaria; el CatSalut hace la función de aseguradora, garantizando la cobertura con medios propios o concertados y gestionando la prima; y los ciudadanos son los clientes asegurados, con unos derechos de cobertura que pagan de manera indirecta y complementariamente.

El porqué del enfoque asegurador

Concebir un servicio de salud como una compañía de aseguramiento exige un cambio de paradigma en el modelo de gestión. Supone alejarse del concepto del papel de la Administración como simple administradora de un presupuesto para comprometerse en la gestión interna, con el objetivo de conseguir eficacia y eficiencia, la gestión de la demanda (riesgo y clientes), y la gestión del coste y la calidad de los servicios, contratando las entidades proveedoras de servicios, con lo que comporta, de un lado, de selección, transferencia de riesgo e incentivar la gestión clínica y, por otro, de evaluación, control de calidad y control de resultados³. Así, el CatSalut consigue una gran capacidad para situar a cada agente del sistema en relación con los demás, delimitando sus relaciones de acuerdo con las funciones de cada uno.

Distribución de funciones en el modelo sanitario catalán



En una sociedad del riesgo como innegablemente es la nuestra, la universalización del derecho a la salud, -por cierto, en trámite de convertirse definitivamente en una realidad en Cataluña- debe contemplarse desde la perspectiva de una gestión lo más eficiente posible, con garantías de sostenibilidad. Es muy importante recordar que sostenibilidad consiste en satisfacer las necesidades de la generación actual sin sacrificar la capacidad de futuras generaciones de satisfacer sus propias necesidades.

Y este es nuestro compromiso: control de la gestión de los recursos y control de la calidad de los servicios prestados por distintos proveedores, asegurándolos para hoy, pero también para mañana. ■

- 1.- Se trata de un modelo sanitario mixto, que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y que recoge una sólida tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención de la salud.
- 2.- Diapositiva sobre la distribución de funciones en el modelo sanitario catalán.
- 3.- Funciones como compañía aseguradora:
 - Ente integrador y regulador de la provisión
 - Garante de las prestaciones asistenciales públicas
 - Promotor de la continuidad asistencial
 - Evaluador de los procesos de compra
 - Evaluador de la satisfacción de los usuarios

Una actividad de Aula Bayer:



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

*Director del Servicio Catalán de la Salud.

Gestión de Calidad: Enfermería

Urgencias y emergencias



Charo Vaquero Ruipérez*

Definimos las urgencias como aquellas situaciones que precisan de una atención sanitaria inmediata. Hay que diferenciar lo que es una verdadera urgencia de lo que no lo es, ya que hay una tendencia, por parte de los usuarios, a utilizar mal los servicios que oferta el sistema sanitario público, aunque también debemos reconocer que este mal uso viene condicionado, en muchas ocasiones, por aspectos organizativos y funcionales del propio sistema. Un ejemplo de este uso inadecuado es la frecuentación por parte de los ciudadanos de las urgencias hospitalarias cuando el proceso por el que consultan podría ser atendido por su médico de cabecera en Atención Primaria, lo que satura las urgencias hospitalarias. Según el barómetro sanitario de 2008, el 75,8 por ciento de los ciudadanos acuden a las urgencias hospitalarias por decisión propia, tan sólo el 12,6 por ciento lo hacen por indicación de su médico de cabecera y el 9,2 por ciento son derivados desde la urgencia de Atención Primaria.

La actividad enfermera en las urgencias y emergencias se desarrolla en diferentes ámbitos asistenciales: Atención Primaria, atención especializada, SUMMA 112, SAMUR, sector privado, etcétera, asumiendo el cuidado de los pacientes en situación crítica, en colaboración con otros profesionales, durante todo el proceso de atención, incluyendo el apoyo y la información a los familiares y acompañantes que en esos momentos viven con el paciente momentos de angustia e incertidumbre.

La atención urgente a estos pacientes requiere una adecuada coordinación entre los distintos profesionales del equipo multidisciplinar. De la capacitación y rapidez con la que se actúe dependerá, en muchas ocasiones, la vida de estos pacientes.

Entre las urgencias más prevalente en el ámbito de Atención Primaria se encuentran el ataque cerebral agudo, las urgencias moti-

vadas por problemas cardiorrespiratorios, traumatismos de diversa consideración, accidentes, etcétera.

En el ámbito hospitalario la atención del paciente urgente se realiza en las unidades de urgencias y unidades de críticos. Cada vez son más los hospitales en los que la clasificación de los pacientes que llegan a través de urgencias la realizan las enfermeras, de forma que sean atendidos según la gravedad de su proceso y en base a sus necesidades asistenciales, con independencia del orden de llegada.

La organización de la atención en las urgencias extrahospitalarias es diferente en cada comunidad autónoma: en Andalucía tienen el modelo DCCU (Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias); en Extremadura la realizan los profesionales de los centros de salud; en Galicia los Puntos de Atención Continuada (PAC) en el ámbito de Atención Primaria; y en Madrid está a cargo del SUMMA 112 (Servicio de Urgencia Médica de Madrid).

Cada vez son más las comunidades autónomas que requieren experiencia y cualificación específica para acceder a puestos de trabajo relacionados con las urgencias extrahospitalarias. En la Comunidad de Madrid se exige el curso de "Enfermería en Urgencias Extrahospitalarias" como requisito para optar a las convocatorias de oferta de empleo público para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de enfermeras de Urgencias del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid.

Los cuidados enfermeros en los diferentes ámbitos y áreas de urgencias requieren profesionales con los conocimientos y competencias específicas para desarrollar su actividad con eficacia, lo que incluye una formación de todos los profesionales en soporte vital básico y avanzado. El trabajo en equipo es imprescindible, desarrollándose en un entorno de relación, comunicación y respeto con los otros profesionales con los que trabaja. ■

» Cada vez son más los hospitales en los que la clasificación de los pacientes que llegan a través de urgencias la realizan las enfermeras

» Según el barómetro sanitario de 2008, el 75,8 por ciento de los ciudadanos acuden a las urgencias hospitalarias por decisión propia

*Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.

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

Compromiso de Novartis con España

COMPROMETIDOS



Queremos estar más cerca

Novartis es una empresa con una gran responsabilidad. Nuestro producto es la salud, y no hay nada más importante. Detrás de nuestros productos hay 930 millones de personas. Personas con nombres propios. Personas con ganas de vivir mejor.

Por estas personas vamos más allá. Porque queremos llegar más lejos para estar más cerca.

Por mejorar su calidad de vida **innovamos e investigamos** y lo hacemos con un equipo de 5.000 investigadores y 7.000 colaboradores en 10 institutos distribuidos por todo el mundo.

Por mejorar su calidad de vida nos rodeamos de profesionales con **talento**. Les ofrecemos las mejores oportunidades de crecimiento y el entorno de trabajo más adecuado a sus necesidades laborales y personales.

Por mejorar su calidad de vida actuamos con **responsabilidad social y ética**. Entendemos que sólo hay una forma de trabajar: con respeto e integridad. Integridad hacia las personas y respeto con nuestro entorno.

Porque todo lo que hacemos, lo hacemos para **cuidar y curar**. No hay mejor estímulo ni motivación. Es nuestro compromiso con los pacientes. Por ellos queremos llegar más lejos.

Llegar más lejos para estar más cerca

Economía de la Salud

en el Área de Incontinencia

Reducción de efectos adversos



José María Martínez*

» TENA Services ha demostrado que se puede reducir en más de un 95% el número de pacientes con alteraciones cutáneas

» Utilizando absorbentes de incontinencia de calidad y formando al personal de las residencias correctamente, se reducen los efectos adversos en la piel de los pacientes incontinentes

Si en números anteriores de esta publicación se ponía de manifiesto la importancia que tenían para el sistema sanitario los costes ocultos asociados a una incorrecta gestión de la incontinencia urinaria, en esta ocasión el objetivo es demostrar, dentro de la dificultad existente para medir la incidencia de dichos costes, que con productos de calidad, un tratamiento individualizado con absorbentes adaptados a cada paciente y con una formación en la correcta utilización de los mismos, conseguiremos aumentar la calidad de vida de los pacientes y disminuir el coste asociado al tratamiento de las pieles dañadas, respecto a la situación inicial.

Estudio realizado en la Gerencia de Talavera

El estudio fue realizado por los Servicios de Farmacia de la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina y el personal de enfermería especialista en incontinencia uri-

naria de SCA Hygiene Products y su información demográfica figura en la tabla 1.

El objetivo principal del estudio fue valorar el estado de la piel de la población incontinente de un área de salud en dos momentos concretos: uno antes de la utilización de los nuevos productos y la implantación de la nueva metodología de trabajo, y otro después.

Se midió el número de pacientes con lesiones cutáneas, con exclusión de las úlceras por presión, ya que éstas no son consecuencia de una mala gestión de la incontinencia.

En dicho estudio se prueba que el estado de la piel de los pacientes incontinentes de la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina ha mejorado considerablemente, como prueban los siguientes datos:

- En la situación inicial, 171 pacientes, el 15,3 por ciento de los pacientes incontinentes estudiados, presentaba alguna alteración cutánea (eritema, eczema, sangrado, erosiones, prurito, flictena, der-

Parámetros registrados	Dato numérico	%
Nº total residencias	41	100
Nº total residentes	2.165	100
Nº total pacientes incontinentes	1.378	63,6
Nº residencias que proporcionan datos	34	82,9
Nº de residentes incluidos en el estudio	1.536	70,9
Nº de pacientes incontinentes incluidos en el estudio	1.120	72,9
Nº de pacientes incontinentes con problemas de piel al inicio del estudio	171	15,3
Nº de pacientes incontinentes con problemas de piel al final del estudio	6	0,5

Tabla 1.

matitis y lesiones por cizallamiento entre los muslos).

- Una vez realizada la implementación de los nuevos productos y la nueva metodología, sólo seis pacientes, un 0,5% de los pacientes incontinentes estudiados, presentan alguna alteración (de ellos, cinco, que representan el 83,3% de los casos, tienen obesidad mórbida y pliegues cutáneos donde se les forma dermatitis, dentro y fuera del área del absorbente).

Esta mejora de la piel de los pacientes y de su calidad de vida, se debe a la implantación de los productos de la gama, dando especial importancia al producto más innovador, absorbente con cinturón, y a la nueva metodología de gestión de la incontinencia (TENA Services).

Los beneficios que se obtuvieron fueron:

- Mejora de la calidad de vida, por ejemplo evitando el cambio de absorbente durante la noche y favoreciendo así el descanso nocturno de los pacientes.
- Mejora del estado de la piel de 165 pacientes incontinentes (que representan el 96,5% de los pacientes que presentaban alteraciones cutáneas).
- Disminución de los costes asociados al tratamiento de la piel, referido al coste de los principios activos clotrimazol y fluocortina butilo.

Ahorros demostrados

Se estima que el coste de tratamiento de la piel con estos principios activos, basándonos en una media de tres aplicaciones diarias de dos gramos cada una, es de 1,62 euros por paciente y día, y que el tratamiento medio dura 30 días. En muchos casos, se emplean, además, otros productos, como cremas de barrera, pomadas antibióticas, gasas, apósitos, povidona yodada... que no to-

mamos en consideración para esta valoración.

En la tabla 2 se puede observar la disminución del gasto derivado de los efectos adversos asociados a una incorrecta utilización de los absorbentes de incontinencia (teniendo en cuenta únicamente los principios activos señalados con anterioridad).

Y es que se hizo real la sospecha que tenían los investigadores sobre el hecho de que no se realizaba una asignación individualizada de los absorbentes en función de las necesidades del paciente, sino de los gustos y prácticas del personal de las residencias, e incluso que se utilizaba la práctica del doble absorbente (introducir un absorbente rectangular dentro de otro con elásticos), con los problemas de transpiración, lesiones e infecciones en la piel y falta de higiene que ello conlleva.

Por tanto, podemos concluir que utilizando absorbentes de incontinencia de calidad (especialmente absorbente con cinturón, por tratarse de un producto 100% transpirable) y formando al personal de las residencias en la correcta selección y utilización de absorbentes de incontinencia, se reducen los efectos adversos en la piel de los pacientes incontinentes mejorando su calidad de vida y se consigue, además, una notable disminución del gasto sanitario.

Premio de Calidad

Este trabajo se realizó durante nueve meses y fue galardonado por la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina en los XII Premios de Investigación y III de Calidad y Seguridad en Atención Primaria de enero de 2010, ya que en los aspectos de ahorros económicos podrían suponer al SES-CAM una cifra de 96.000 euros anuales que contribuirían en estos tiempos de restricción económica, a una mayor sostenibilidad del sistema sanitario en la Comunidad. ■

Sección patrocinada por:



Nº pacientes	Coste tratamiento por paciente y día	Ahorro un día (euros)	Ahorro un mes (euros)	Ahorro un año (euros)
165	1,62	267,3	8.019	96.228

Tabla 2.

Para saber más:

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

*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics. Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Alberto de Rosa Torner, director general de Ribera Salud

"Se mejora la eficiencia económica ofreciendo calidad asistencial"

Acérrimo convencido de la necesidad de colaboración entre la sanidad pública y la privada, Alberto de Rosa Torner, director general del Grupo Ribera Salud, tiene una dilatada experiencia en la gestión hospitalaria. Economista, MBA por Esade, máster en Alta Gestión Sanitaria y creador del llamado modelo Alzira, cree que se mejora la eficiencia económica ofreciendo calidad asistencial, y afirma: "Al ciudadano le preocupa mucho más cómo se hacen las cosas que quién las hace".

Por Gonzalo San Segundo

Ribera Salud se creó en 1997 para desarrollar iniciativas de colaboración entre la sanidad pública y la privada. ¿Qué balance podría hacer de ese objetivo fundacional?

Como empresa, el balance es muy positivo. Empezamos con la gestión del Hospital de Alzira y hoy participamos en seis proyectos hospitalarios: cinco en la Comunidad Valenciana (Alzira, Torrevieja, Denia, Manises y Elche) y uno Madrid: el Hospital de Torrejón de Ardoz, en construcción. Y en otros dos proyectos: el Laboratorio Central de la Comunidad de Madrid y el Centro de Resonancias Magnéticas de Valencia. Todo esto nos ha convertido en líderes del sector en la colaboración público-privada, y se ha demostrado que el modelo de concesión administrativa en el sector sanitario (ya hay una veintena de proyectos, con o sin la gestión clínica) es un modelo de éxito.

Uno de los soportes de la estrategia de la empresa es "la apuesta por los profesionales". ¿Cómo se concreta?

De muchos modos. Haciendo una oferta atractiva en cuanto a la retribución, la carrera profesional, apuesta por la docencia, la investigación, etcétera. Alzira es un hospital universitario, tiene 14 especialidades MIR y en todos los hospitales existe una retribución fija y otra variable en función de la actividad que se hace y de la calidad de la misma. El de Torrevieja es el primer



Alberto de Rosa Torner.

hospital público que ha puesto una guardería para los hijos de los profesionales, y en Elche también se va a poner. Es decir, ponemos a disposición de los profesionales todas las herramientas que permite la gestión privada.

¿Tienen libertad de contratación, condiciones de remuneración y despido de los profesionales sanitarios?

Sí. Una de las bases del modelo es poder elegir a los profesionales que entendamos que van a aportar valor y con los que creemos que vamos a hacer proyectos de éxito. Siempre hemos hecho una selección muy rigurosa de profesionales y hemos intentado atraer a los

mejores. Todo el personal nuevo que cogemos en estos proyectos es personal laboral, a la vez que asumimos personal público, sobre todo donde gestionamos la Atención Primaria. Y este personal lo asumimos con las condiciones que tienen como personal estatutario. Es decir, una peculiaridad del modelo es que conviven el personal laboral y el estatutario. Una convivencia que, en líneas generales, está siendo muy positiva. Lo que nos importa es que el personal, sea estatutario o laboral, esté comprometido con la gestión.

Otro de los soportes de Ribera Salud es "el compromiso con los ciudadanos para ofrecer un servicio de calidad". ¿Cómo auditan este parámetro?

Desde el principio hemos sido muy exigentes con este parámetro. Para que el modelo de colaboración público-privada crezca, debe basarse en dos puntos fundamentales: la transparencia de la gestión privada y el control de la Administración Pública. Nosotros hemos hecho un programa de calidad muy extenso, hemos participado en todos los programas de benchmarking que se han realizado en el sector, porque queremos ver cómo estamos situados, y la propia Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana actúa con mucho control en cuanto a la auditoría de la actividad. Y de las concesiones que ahí tenemos en marcha, tres de ellas están en los cinco primeros puestos del ranking de esa comunidad.

También nos hemos preocupado, desde el principio, en conocer la opinión de los ciudadanos, y las encuestas que hemos realizado nos dicen que más del 91 por ciento de la población está muy contenta con el servicio recibido en estos hospitales, y el 94 por ciento desconoce el modelo de gestión del hospital, lo que demuestra que al ciudadano le preocupa mucho más cómo se hacen las cosas que quién las hace.

¿Están reñidas la calidad asistencial y la eficiencia económica?

En absoluto, todo lo contrario. Para ser eficientes hay que dar la mejor calidad. Un área de mejora del sector es que tenemos que evaluar, medir, saber cómo hacemos las cosas. Si sabemos dónde tenemos que mejorar la calidad, siempre acabaremos mejorando la eficiencia y los resultados, ya sean éstos asistenciales, económicos y los resultados al ciudadano. Estamos en un sector donde falta mucho por evaluar. Tenemos que saber cuánto hacemos, cómo lo hacemos y a qué coste lo hacemos; y esta es la base para poder tomar decisiones de mejora. Es la manera de ser más eficientes. Como resumen: se puede dar una asistencia médica de calidad y, al mismo tiempo, tener una cuenta de resultados saneada. El año pasado facturamos 145.7 millones de euros y tuvimos 10 millones de euros de Ebitda.

En 2007 usted fue nombrado director general de Ribera Salud, coincidiendo con la consolidación del llamado modelo Alzira. ¿Qué aporta en tiempos de crisis este modelo a la Sanidad española?

El modelo nace de la reflexión, por eso nos gusta decir que somos herederos del Informe Abril de 1991. El modelo Alzira ofrece cuatro elementos fundamentales que, lógicamente, en época de crisis se acentúan: uno, todas las inversiones las hace la iniciativa privada; dos, el coste corriente de la gestión de estos proyectos es un 25 por ciento inferior al de los hospitales de gestión directa; tres, todo esto se hace siguiendo las directrices de la consejería de sanidad respectiva; y cuatro, des-

de el sector privado somos más flexibles y podemos introducir más fácilmente elementos de innovación.

Sin embargo, dicho modelo sólo se ha implantado hasta ahora en la Comunidad Valenciana, con algún destello en la de Madrid.

Soy optimista y creo que el modelo va a ir expandiéndose no sólo por España, sino también por otros países. De hecho, fueron los gobiernos laborista en Reino Unido y socialdemócrata en Suecia los primeros en dar entrada al capital privado en la Sanidad. Y en Portugal, donde gobierna el Partido Socialista, existen cuatro experiencias similares al modelo Alzira en funcionamiento. Lo importante no es analizar un momento histórico concreto, sino la tendencia. Y este es un modelo que va a ser aceptado por la sociedad española, como lo demuestran todas las encuestas que realizamos y, desde luego, por todos los partidos políticos.

¿De cuántos profesionales sanitarios y camas disponen y a cuánta población dan cobertura?

En la Comunidad Valenciana, con el Hospital de Elche recién abierto, habrá un millón de valencianos (el 20 por ciento de la población) gestionados bajo el régimen de colaboración público-privada modelo Alzira. Estamos ya trabajando con unos 2.000 médicos, una cifra similar de enfermeras y alrededor de 1.400 camas. Son cifras verdaderamente importantes.

Además, han ampliado su actividad (en el régimen de las concesiones administrativas) a las resonancias magnéticas en Valencia y a un laboratorio clínico central en Madrid. ¿Qué resultados están obteniendo?

Para nosotros son áreas y experiencias muy interesantes. También se puede aportar eficiencia en los servicios sanitarios, no sólo en los hospitales. Por ejemplo, el laboratorio de la Comunidad de Madrid abarca cinco hospitales, cien centros de salud, 180 residencias de la tercera edad y 217 profesionales que trabajan en el Hospital de

San Sebastián de los Reyes, y a un coste significativamente más bajo. Será una línea de gran desarrollo en el futuro.

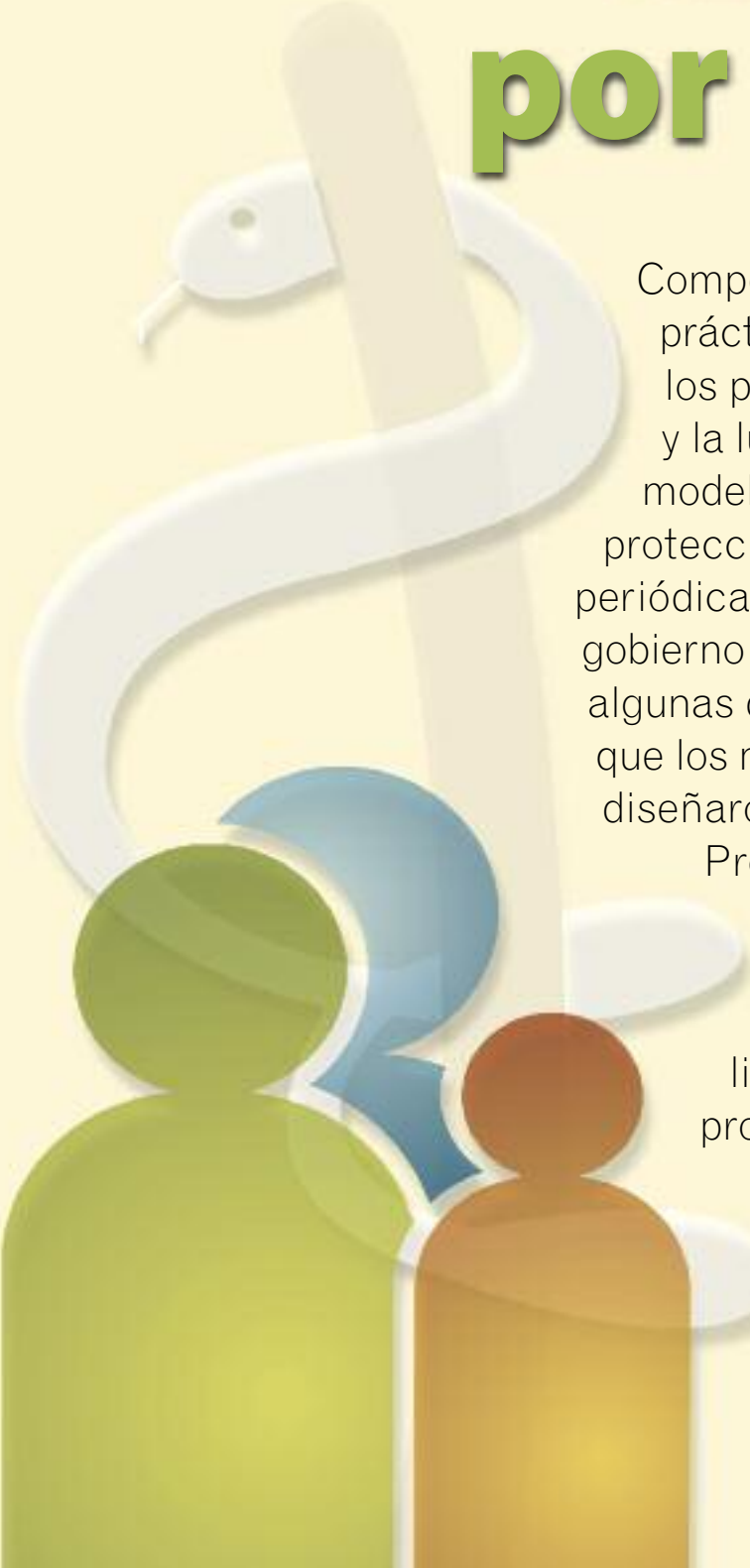
Además de estas vías, ¿qué otros caminos habría que explorar en la colaboración de la sanidad pública y la privada en España?

Hay distintos modelos que llevan muchos años funcionando: desde el modelo Muface hasta el modelo Alzira, pasando por los conciertos privados, fundaciones, empresas públicas y otras fórmulas. Resulta imprescindible, y más en estos momentos de crisis, que desaparezcan las barreras de resistencia a la colaboración de todos los agentes que estamos participando en la Sanidad, y profundizar en líneas de colaboración. Habrá muchas más en el área no asistencial, como en temas de logística, aspecto éste en el que la Comunidad de Murcia ha sacado recientemente un concurso para construir un gran almacén central para suministrar a todos sus hospitales y centros de salud. Siempre en busca de una mejor gestión de los recursos públicos limitados con los que nos vamos a mover en los próximos años.

¿Cuáles son los planes de futuro de Ribera Salud, tanto en España como en otros países?

Para éste y el próximo año nuestro objetivo es consolidar los proyectos en los que estamos, contando la construcción del Hospital de Torrejón de Ardoz. Y estaremos muy atentos a futuros proyectos, como el Hospital de Collado Villalba, en Madrid, que acaba de salir a concurso, y al que vamos a presentarnos. Asimismo, en los próximos meses se pondrá en marcha una central de compras y centro de negocios para aprovechar economías de escala con el objetivo de convertirse en la principal plataforma de compras y logística del sector. Y tenemos la idea de salir al exterior, pues creemos que una de las cosas que puede aportar España es una gran experiencia en la gestión de un sistema sanitario público. Y aquí los pasos serían hacia el mundo hispanoamericano. ■

LA PROFESIÓN va por dentro



Competencia e integridad en la práctica médica, seguridad de los pacientes, defensa de la vida y la lucha contra el dolor, nuevos modelos de retribución y protección social, validación periódica de la colegiación y el buen gobierno del sistema sanitario son algunas de las estrategias de futuro que los médicos de este país diseñaron en el II Congreso de la Profesión Médica, celebrado en Madrid el pasado mes de abril, que constituyó la consolidación de su liderazgo y que denota que la profesión va por dentro, o sea, que aún quedan muchos asuntos por resolver.

Por **Gonzalo San Segundo**
Director asociado

En el II Congreso Nacional de la Profesión Médica, celebrado en Madrid el pasado mes de abril, los médicos de este país diseñaron sus estrategias de futuro y consolidaron su liderazgo por medio de sus respectivas organizaciones colegiales y científicas. A la inauguración del acto acudió la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, que se mostró en sintonía con las preocupaciones y reivindicaciones de los galenos españoles, hasta el punto de piropearles con frases como “el éxito del SNS se debe, especialmente, a los médicos”. Jiménez aludió insistentemente a los



Juan José Rodríguez Sendín, Trinidad Jiménez y Serafín Romero Agüit durante la inauguración del Congreso.

mensajes y peticiones que le había formulado minutos antes el presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín quien, en uno de sus varios arranques de sinceridad crítica, afirmó que a los médicos “nos cuesta entender las lógicas políticas y de grupos de interés”. El temario tratado en mesas y ponencias, del que aquí se recogen con amplitud las cuestiones más candentes y esenciales, denotan el estado inquieto de preocupación de los profesionales en algunos asuntos y, al mismo tiempo, la constancia de su participación en la sostenibilidad de un sistema sanitario mejor gestionado.

Temas y autores

JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN, presidente de la OMC: “Es preciso recargar al profesional médico de valores”.

PROFESIÓN MÉDICA: José Luis Díaz Villarig, presidente del Colegio de Médicos de León; Tomás Toranzo Cepeda, presidente del Colegio de Médicos de Zamora; Patricio Martínez Jiménez, presidente de la CESH; Antonio Fernández-Pro Ledesma, representante nacional de los médicos de administraciones públicas; Rodrigo Martín Hernández, presidente del Colegio de Médicos de Tenerife; Arcadi Gual Sala, técnico de Seafomec, y Miquel Vilardell i Tarrés, presidente del Colegio de Médicos de Barcelona.

EJERCICIO PROFESIONAL: Ricardo de Lorenzo y Montero, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario; Ricardo Rodríguez Fernández, titular del Juzgado de lo Penal número 16 de Madrid; José Conde Olasagasti, jefe del Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Toledo; y Verónica Casado Vicente, presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

DEONTOLOGÍA: Javier Rocafort Gil, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos; Joan Monés Xiol, profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid; José María Laílla Vicens, vicepresidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; y María Teresa Fortún Pérez de Ciriza, presidenta del Colegio de Médicos de Navarra.

GESTIÓN: Luis Ángel Oteo Ochoa, jefe del Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de los Servicios Sanitarios de la Escuela Nacional de Salud; y Jaime Orfila Timoner, internista y ex director general de Sanidad del Gobierno Balear.

Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC

“Es preciso recargar al profesional médico de valores”

En su discurso de inauguración del II Congreso de la Profesión Médica, el presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín, se refirió al “nuevo contexto social extraordinariamente cambiante, que no nos ofrece, sobre todo a los médicos, tiempo para la reflexión y el análisis”.

De ahí que la profesión médica se halle “en una siempre difícil y compleja situación”, en la que “a menudo, la necesidad de la respuesta nos atormenta, por eso a veces es reactiva”.

Prosiguió: “Nos encontramos en el camino con complejas fuerzas políticas, económicas y legales y nos cuesta entender, desde lógicas sanitarias, las respuestas generadas desde lógicas sociales, políticas y de grupos de interés”. Y calificó a los sistemas de información sanitaria de “insuficientes e incapaces de ser interoperables y ofrecer información fedurada, a pesar de los esfuerzos que sabemos realizan desde el Ministerio”.

Y citó, también como condicionantes del ejercicio de la profesión médica, “el expansionismo tecnológico excesivo y las fuerzas del mercado, la incitación al consumo sanitario, la globalización sanitaria, la medicalización y el mal gobierno de los centros y servicios sanitarios”. Dijo que “son los tiempos que vivimos, pero no podemos cruzarnos de brazos”. ¿Qué hacer entonces?

Rodríguez Sendín adujo que es preciso recargar al profesional médico de nuevo con valores y con compromisos que, correspondiendo adecuadamente a los tiempos que corren, hagan posible su participación activa en los cambios y reformas sanitarias necesarias para defender lo que considera un bien común de rango superior: el SNS. Por ello, “todo hace más necesario que nunca que los médicos refuercen su integridad y sus compromisos con el paciente y con el sistema”.



Compromisos que se enmarcan dentro de la Organización Médica Colegial, “un espacio ético y democrático de libertades profesionales y directivas de los médicos, una herramienta estructurada especialmente para crear inteligencia sanitaria, y también es un foro de pensamiento sociosanitario dedicado a la regulación del ejercicio profesional con garantías de cara al ciudadano”.

En ese contexto se enmarca “la necesidad de autorregulación de la profesión médica, compartiendo la misma con el poder que otorga el Estado a sus administraciones, de control universal obligatorio, del mantenimiento de un sistema de alarma permanente contra las desviaciones del ejercicio profesional”, y la validación periódica de la colegiación -que ha de ser obligatoria-

iniciada este año, que constituye una garantía para la sociedad sobre la calidad del acto médico que legitima a los colegios ante la ciudadanía.

El presidente de la OMC reiteró el compromiso de la profesión médica de lograr:

- * Una organización comprometida con la defensa de la salud.
- * Un ejercicio profesional de calidad, centrado en el paciente y en la defensa de sus intereses por encima de cualquier otro interés y condición.
- * Asegurar una práctica profesional de calidad ante la sociedad, de máximas garantías.

Concluyó Rodríguez Sendín aludiendo a las reivindicaciones profesionales y sociales justas, entre las que citó el Registro Nacional de Médicos, la preocupación por el alto porcentaje de médicos no comunitarios que se han presentado a la última prueba MIR, al programa para el estudio y prevención de las agresiones y de la violencia en el ámbito sanitario y al Pacto por la Sanidad.

Y dejó algunas pinceladas para la acción próxima: la necesidad de cambiar el modelo asistencial, fundamentalmente enfocado para procesos agudos, a uno de atención a pacientes crónicos; lo improrrogable que resulta dotar de más autonomía de gestión a los profesionales médicos, y tener más en cuenta, a la hora de establecer los incentivos para los profesionales, el desempeño, la carga de trabajo, la actividad asistencial, docente e investigadora, y los resultados obtenidos. ■

PROFESIÓN MÉDICA

Pasar de un modelo retributivo funcionarial a otro en el que se incentive el saber, el quehacer y los resultados; que las organizaciones colegiales les ofrezcan buenos servicios de protección social, y que la validación periódica de la colegiación les dé seguridad jurídica ante los pacientes, constituyen preocupaciones esenciales de los médicos de este país.

I. Del modelo retributivo funcionarial, a otro incentivado

José Luis Díaz Villarig, presidente del Colegio de Médicos de León, abordó la necesidad de establecer un nuevo modelo retributivo del Sistema Nacional de Salud (SNS), partiendo de una realidad no por conocida menos proclamada: las retribuciones de los médicos españoles “están por debajo de la media de la de los países de nuestro entorno”. De ahí que el determinar tanto el modelo retributivo, como la cuantía del salario que deben percibir los profesionales del sector público del SNS se configura como un elemento capital en la gestión del propio sistema.

De tal manera que el modelo retributivo de los profesionales más cualificados de una empresa de servicios al ciudadano, como es el sistema sanitario, “no puede ser un elemento más de su política de personal, sino condición sustancial y decisiva para la viabilidad del modelo de gestión que se adopte, y tampoco puede considerarse, de forma aislada, de otros tipos de compensaciones profesionales, si no queremos caer en un planteamiento totalmente desmotivador e inflacionista, donde las retribuciones siempre serán percibidas como insuficientes”.

Además de la insatisfacción salarial, el médico de este país se encuentra, según Díaz Villarig, “totalmente insatisfecho con el reconocimiento que se hace de su labor por los gestores del sistema sanitario, por la falta de participación en la toma de decisiones, por la despersonalización del ejercicio profesional y por el igualitarismo que impera en el sistema, con un entorno hostil y excesivamente funcionarial del ejercicio profesional”.

Esa es la situación de partida. ¿Qué hacer para resolver estos problemas? “Los principios básicos que debe tener cualquier sistema retributivo deben estar guiados por el profesionalismo médico que, además de retribuir, fomente el sentido de pertenencia a la organización, estimule el trabajo en equipo y dinamice las relaciones interpersonales e interprofesionales”.

Una de las características que definen las retribuciones de los médicos de las distintas comunidades autónomas es la de su heterogeneidad, que afecta más a las cuantías que a los conceptos. Ya en el año 2008, el Consejo Interterritorial consideró necesaria una unificación de retribuciones, al menos en los conceptos básicos.

Según el presidente del Colegio de Médicos de León, “lo que debemos exigir a cualquier modelo retributivo es que retribuya adecuadamente -en relación con las circunstancias socioeconómicas- la responsabilidad, el conocimiento, la formación, el desempeño y los resultados en salud que implica el ejercicio profesional, y que estimule y reconozca la formación continuada, el compromiso profesional, a la vez que permita, como a cualquier otro ciudadano, la conciliación de la vida familiar y laboral”. Y resalta: “Debe ser un modelo estable y aceptado por todos, con unas cuantías fijas que retribuyan el ser médico y lo que esto significa”.

Dichas cuantías tendrán que ser completadas con otra serie de retribuciones de tipo individual, “objetivas y alcanzables por todos los facultativos, de las que unas pueden ser fijas y otras variables, estas últimas con un porcenta-

je comprendido entre el 25 y el 30 por ciento de las retribuciones fijas”. Retribuciones individuales que “de verdad estimulen y reconozcan la fidelización de los profesionales con el sistema, el grado de desarrollo profesional alcanzado, la consecución de objetivos docentes, asistenciales e investigadores, y que se relacionen con el grado de responsabilidad jerárquica y docente dentro del sistema”.

Tomás Toranzo: retribución motivadora

La reflexión de Díaz Villarig fue completada en la que realizó el presidente del Colegio de Médicos de Zamora, Tomás Toranzo Cepeda. Sintetizó que la retribución al médico tiene que ser:

- * **Motivadora**, porque la motivación es algo que te empuja.
- * **Específica** y distinta, reglamentaria, conceptualmente y desde el punto de vista legal del resto de los profesionales del Sistema Nacional de Salud.
- * **Funcionario**. El modelo retributivo que tiene el SNS es estrictamente funcional (todos somos exactamente iguales) y permite poco margen. Los jueces tienen su modelo, nosotros no; tenemos un modelo de cualquier funcionario de cualquier administración pública, con ciertos matices, y esto es una grave carencia. Y es heterogéneo, a pesar de parecer un contrasentido con lo anterior. Es desmotivador.

* **Permisivo** con el desarrollo del profesionalismo médico, que dé sentido y pertenencia a la organización, que mantenga la cohesión y la estabilidad, que permita el trabajo en equipo y la movilidad.

Patricio Martínez Jiménez, presidente de la CESM, incidió en el carácter funcional de los médicos de este país y recordó que en otros países, como Dinamarca, Francia o Reino Unido, los profesionales sanitarios no son funcionarios y donde las remuneraciones de los médicos son bastante más altas.

Se mostró partidario de un modelo de retribuciones único, “y cuando digo único debe ser y englobar a todo el que trabaje en la función pública, a todo el que sea estatutario, al que tenga contrato laboral, al que esté en una prestación de servicios en las entidades de base asociativa o en cualquiera de las otras modalidades, incluida la medicina privada”. Añadió que ha de ser universal, claro y comprensible, eficaz y equitativo.

Martínez enfatizó el desarrollo profesional: “Será lo que nosotros como profesionales tengamos que desarrollar en un futuro próximo. Tendremos que pensar que no es tanto la colegiación como apostar fuertemente por un desarrollo profesional como esfuerzo que realiza el profesional para mantener su competencia. Este desarrollo profesional debería ser la parcela que los profesionales de la Medicina nunca nos deberíamos dejar arrancar de nuestro estamento”. ■

II. Protección social sostenible, solidaria y equitativa

Los médicos procuran que su organización colegial les ofrezca unos buenos servicios de protección social. El representante nacional en la OMC de los médicos de administraciones públicas, Antonio Fernández-Pro Ledesma, traza, al respecto, el siguiente panorama.

La protección social existente en los países de la Unión Europea (UE) ha tenido un enorme desarrollo, pero Europa clasifica a España en un nivel de protección bajo. España dedica a protección social el 20,1 por ciento del PIB, y la Unión Europea está en el 27 por ciento. Si

se habla de protección por habitante, la de España es la más baja de la Europa de los 15.

Por ejemplo, en protección familiar, España dedica el 0,5 por ciento del PIB, frente al 2,1 por ciento en el resto de Europa. En ayuda familiar por habitante, los porcentajes son del 97 por ciento y del 484 por ciento, respectivamente, medidos en unidad de poder de compra. Y en servicios domiciliarios estamos en los índices más bajos de la UE con muchísima diferencia. Y si hablamos de la vejez en global, estamos en 1.393 unidades de poder de compra frente a las 2.300 de promedio en la Europa de los 15.

Nosotros, los médicos, tenemos una joya de la corona que hay que mejorar: la Fundación Patronatos de Huérfanos Príncipe de Asturias, que en su artículo 7 dice que tendrá un carácter benéfico de asistencia social y educativa.

En el Patronato hay más dinero del que se gasta, y las prestaciones clásicas que se han venido dando hasta ahora no han evolucionado. Además, hay una serie de problemas, diferentes tipos de relación entre el Patronato y los colegios. Creo que esto habría que unificarlo, normalizarlo. Otras cuestiones a valorar serían: la voluntariedad de la cuota, la escasa profesionalización que tiene el Patronato y una alta morosidad. El capítulo de salud está bastante cubierto con el Paimé, pero habría que hacer una revisión de tipos de patologías y prevalencia que más se dan en nuestros colegiados.

En definitiva, se trataría de hacer un plan estratégico serio, rotundo, profesional, en el cual se pusieran en evidencia todos los pros y todos los contras que actualmente tiene el Patronato para sacar de ese análisis la puesta en marcha de nuevos modelos de gestión para llegar al puerto de todos queremos.

La visión de Rodrigo Martín Hernández, presidente del Colegio Oficial de Médicos de Tenerife, es la siguiente:

Rodrigo Martín: prioridades de ayuda

“Debido a los profundos cambios en las estructuras colegiales, a las expectativas ciudadanas sobre las tareas que deben desarrollar nuestras corporaciones y a las propuestas de nuestros propios compañeros, debemos reflexionar sobre cómo adaptar nuestros sistemas de protección social a los retos que se nos proponen.

Tradicionalmente, la OMC tiene los patronatos/fundación como sistemas de protección social, pero las prioridades de ayuda de cada región y cada colegio a veces no coinciden, varían dependiendo de la edad media de la colegiación, de las costumbres sociales, en fin, dependen de muchas variables que a veces es muy difícil entender desde una organización que está centralizada. Por lo tanto, las ayudas generales que se les pueden dar, hay que desarrollarlas más contando con los colegios.

Si analizamos los sistemas de protección social que tenemos, la mayoría están dirigidos a médicos mayores con dificultades económicas, dependientes, minusválidos o familiares en primer y segundo grado. Aunque estamos de acuerdo en que éstos son los compañeros que más



necesitan nuestra ayuda, cabría hacernos algunas preguntas. Si un médico tiene solucionada razonablemente su situación económica, ¿sería necesaria alguna de estas ayudas?

Nuestros compañeros nos piden otras ayudas sociales en las que no hemos profundizado la mayoría de los colegios, y pongo los siguientes ejemplos. ¿Dónde están las ayudas por embarazo o el desarrollo de guarderías? ¿No serían estos servicios mejor valorados que algunos de los que tenemos actualmente? ¿De verdad hacen falta tantas ayudas educacionales? Con esto lo que yo quiero plantear es que quizá lo que deberíamos hacer es cambiar toda la filosofía de lo que es nuestra Fundación y las ayudas que se hacen.

Hay otra serie de ayudas que algunos colegios hemos desarrollado y otros no, como subvenciones al sistema de pensiones. O programas que no se han contemplado para atraer a los médicos más jóvenes. El *burnout* es frecuente en los médicos y nosotros lo estamos detectando incluso en el curso MIR. ¿Por qué no contemplamos estos programas como protección social? Y en muchos estatutos de los colegios está también el problema de la vivienda. Hacemos muy poco por solucionar el problema de la vivienda a nivel nacional. ¿No son éstos sistemas de protección social también o es que el sistema de protección social sólo afecta a la gente mayor, la gente dependiente?

Nuestro principal reto pasa por la búsqueda de un espacio compartido de consenso entre todos los colegios de médicos y nuestras fundaciones, en el que se planteen objetivos que nos lleven a unos servicios de protección social sostenibles, solidarios y equitativos, teniendo en cuenta las especificidades de cada región”. ■

III. Es la hora de modificar la credencial de médico

La validación periódica de la colegiación trata de reconocer el esfuerzo permanente que realizan los profesionales, de ofrecerles una seguridad jurídica en base a su formación, de mejorar la accesibilidad a la formación continuada y promocionar su financiación. Un proceso complejo que la OMC ha puesto en marcha este año, y que Arcadi Gual Sala, técnico de Seaformec, explica a continuación.

“Si el principio de autonomía del paciente es uno de los pilares de la bioética, el *empowerment* debería serlo para la ética social en las democracias avanzadas. El *empowerment* es el apoderamiento, el devolverle a quien sea su capacidad de mandar, de decidir, de hacer, pensar y tomar decisiones. El ciudadano responsable de sus actuaciones, el apoderado, el que ha recibido el *empowerment*, tiene derecho a exigir a los agentes sociales, en este caso los colegios, transparencia, y la *accountability* o rendición de cuentas, decir por qué hacemos las cosas, por qué las hemos hecho de esta o de otra manera.

¿Por qué y cómo rendir cuentas? Para la rendición social de cuentas, las sociedades complejas como la nuestra han diseñado instrumentos, credenciales que contienen información de rigurosa fiabilidad. El carné de conducir es una credencial y, por supuesto, el título de médico. Para cumplir su función social, las credenciales han de ser fiables, comprensibles, aceptables, prácticas y vigentes.

Las sociedades cambian y por ello hay que modificar los criterios, los objetivos y/o los procedimientos de credencialización. Un modelo de credenciales no se mantendrá vigente y útil si no dispone de la suficiente plasticidad para adaptarse a las cambiantes necesidades sociales y profesionales. Y a los médicos seguramente nos toca replantearnos si el título de médico, que hasta un momento determinado ha valido y lo colgábamos en la consulta y en la sala de espera y nos servía para informar porque era una credencial válida, fiable, cumple ahora con estos requisitos. La sociedad pide su *accountability* y los pacientes son capaces de exigir que se les explique cómo son las cosas.

Una de las características de la profesión médica es el esfuerzo individual y permanente para mantener y mejorar la competencia, incorporar los últimos conocimientos cientí-

ficos y las más novedosas técnicas diagnósticas y terapéuticas. Todos los médicos han realizado y realizan formación continuada porque es una obligación ética del Código Deontológico, porque es una obligación colegial de la OMC y porque es una obligación legal de la LOPS. Pero estas obligaciones legales se quedan cortas.

Sobre todo, la formación médica continuada es una necesidad de los médicos. Sólo desde la competencia profesional es posible atender correctamente las necesidades de salud de la sociedad. Los modelos más avanzados de acreditación profesional coinciden en diseños de cooperación, donde las corporaciones profesionales, colegios y sociedades científicas, se impliquen en un diseño común. Las sociedades científicas deben definir contenidos y métodos para mantener y mejorar la competencia profesional. Los colegios deben garantizar a la sociedad periódicamente que los profesionales cumplen los requisitos que ésta les exige. Las administraciones deben avalar el cumplimiento de este sistema que mantendrá y mejorará la confianza de la sociedad.

El marco idóneo para establecer las bases de un sistema de conocimiento periódico, de competencia profesional ligado a la colegiación es una estructura en la que converjan y participen junto a los colegios y a las sociedades científicas el resto de los actores, grado, universidad, postgrado, Comisión Nacional de Especialidades, pacientes, estudiantes y la propia Administración.

¿De qué trata eso de la validación? Les diré de lo que no se trata. En ningún caso se trata de examinar a los profesionales ni de cuestionar su titulación. La validación periódica de la colegiación trata de reconocer el esfuerzo que hacen los médicos, mejorar la accesibilidad a la formación médica continuada y promocionar su financiación, y asumir la regulación profesional desde la propia profesión, y todo ello con la aquiescencia de la Administración, que es siempre el último garante del ciudadano.

La profesión médica debe liderar el sistema de colegiación ligado a la competencia profesional. De no hacerlo, que nadie se lame cuando lícitamente otros planifiquen, organicen y ejecuten el control de la competencia pro-

fesional de los médicos con criterios estratégicos para un determinado modelo político de gestión de recursos”.

Miquel Vilardell: muchos interrogantes

Miquel Vilardell i Tarrés, presidente del Colegio de Médicos de Barcelona, completó la exposición de Gual Sala.

“Todos coincidimos en que la práctica clínica, la cualidad de la misma, la eficiencia y la eficacia interesan a los ciudadanos, y quien lo ofrece es el acto médico. Por lo tanto, un ciudadano, persona interesada en que nosotros seamos competentes y demos esta competencia, desea también al final evaluarnos con unas encuestas que dicen que salimos airosos y que nuestro sistema de salud y los profesionales, en concreto los médicos, salimos con muy buena nota. Y a los políticos también le interesa mucho. ¿Nos interesa a nosotros? En teoría sí, porque si demostramos competencia, aumentaremos la confianza de los ciudadanos y nuestro acto médico se fundamenta en un acto contractual, pero basado en confianza.

Si a todos nos interesa, ¿cuál es el problema? ¿Qué evaluamos? ¿Cómo evaluamos? ¿Quién evalúa? ¿Qué va a ocurrir después de la evaluación? ¿Podremos ofrecer ayudas para mejorar si existen déficits? La contestación a estas preguntas no debe de ser fácil porque, repasando los sistemas de validación en los países de la Unión Europea, resulta que no hay uniformidad, cada uno lo hace a su aire.

¿Qué debemos evaluar? Algunos de los elementos que intervienen en la calidad de la decisión clínica no dependen del médico. Del médico depende su competencia, la forma de trabajar, pero hay cosas que no dependen de él, como las estructuras donde trabaja, el modelo organizativo, los recursos disponibles, o la formación e información del paciente. Habrá cosas que no podremos evaluar y que tienen mucho que ver con el acto final. Sólo podremos evaluar las competencias asistenciales, docentes e investigadoras del profesional.

¿Cómo lo hacemos? Primero, habría que hacer una valoración de la práctica clínica. ¿Qué parámetros escojo? ¿Los parámetros analizados por los gestores? ¿Tiene que haber una central de resultados transparente? ¿Tiene que ser pública? ¿Tiene que haber confidencialidad? ¿Tienen que ser resultados en términos de salud? ¿Valoraremos las reclamaciones asistenciales, las demandas judiciales o no de los profesionales?

¿Tendremos en cuenta la opinión de los gestores, de los compañeros, de encuestas de opinión de los pacientes? Seguro que sí porque para valorar la práctica clínica, éste es el análisis con todos sus factores. Luego habrá una valoración de la formación continuada, que debe ser reglada, evaluada y acreditada dentro de su especialidad.

Y por último, ¿quién evalúa? Sin lugar a dudas, los colegios profesionales tienen que ser los responsables de tutelar, dirigir, si es que tenemos que llegar, a esta recertificación. Seguro que estos colegios profesionales deben asesorarse con expertos de la especialidad. Y en este proceso deben estar también las administraciones sanitarias como empleadoras. Este es un temor, porque a veces en un país pequeño una opinión puede estar sesgada por ideologías o simplemente por caer bien o mal, con lo cual los colegios profesionales y las sociedades científicas tienen que ser los garantes de que van a realizar ellos esta evaluación con gran objetividad.



Y luego, preguntarnos: después de la evaluación, ¿qué? ¿Informaremos al ciudadano o será una información confidencial? ¿Sólo información restringida al profesional o a alguien más? ¿Quién corregirá los déficits? Todas estas preguntas hacen que los profesionales tengan temor a que se vaya a lo cómodo y rápido, un examen de competencias, sobre todo de conocimientos, y un poco de habilidad y alguna actitud, y a lo mejor un examen con un caso clínico, estructurado y objetivable, porque lo fácil es lo rápidamente objetivable y más económico. pero esta vez no nos podemos equivocar. Debemos crear un instrumento útil, no lesivo, positivo y muy bien estructurado”. ■

EJERCICIO PROFESIONAL

Si ahora siete de cada diez reclamaciones que realizan los pacientes o sus familiares contra los médicos son por falta de información o por vicio en la obtención del consentimiento informado, las próximas reclamaciones por responsabilidad profesional corresponderán a asuntos de confidencialidad, intimidad y protección de datos.

I. Deben unificarse las legislaciones sanitaria y de protección de datos

La responsabilidad profesional del médico, a la luz de la Ley de Autonomía del Paciente, y todas las obligaciones y derechos en materia de información y documentación clínica con una perspectiva de ocho años, fue analizada por Ricardo de Lorenzo y Montero, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

“Con la perspectiva de ocho años, puedo decirles que en estos momentos de cada diez reclamaciones siete están siendo por falta de información o por vicio en la obtención del consentimiento informado o por la llevanza incorrecta de una historia clínica que, lógicamente, hila con las otras dos. Puesto que la información verbal debe constar en la historia clínica, el documento de consentimiento informado forma parte de la historia clínica, y las historias clínicas que vemos a diario establecen que hay una tremenda falta de información por parte de la profesión médica de la ley que debe ser conocida y que, además, rige todas sus actuaciones.

La organización de la profesión médica debe influir y estar presente en la conformación del Derecho Sanitario para que no ocurran situaciones como las mencionadas. La citada normativa, que se desconoce, regula por primera vez en España, desde el año 2002, la historia clínica. En esta regulación se establece, por ejemplo, el plazo de conservación de las historias clínicas como mínimo de cinco años. En la normativa autonómica nos encontramos que la catalana establece un plazo de conservación de al menos 20 años a partir del fallecimiento del paciente; la valenciana, un plazo de cinco

años, y una serie de documentación que se debe conservar indefinidamente; País Vasco y Galicia establecen un plazo de destrucción de dos años en aquellas situaciones que no hayan cursado con ingreso, cinco años para las que lo hayan cursado e indefinidamente determinados documentos; Cantabria, 15 años, y la Comisión Central de Deontología Médica de la OMC aconseja el plazo de conservación de 20 años.

El plazo del ejercicio de las acciones civiles, es decir, la posibilidad de que una persona reclame contra los médicos es de 15 años, pero la doctrina del Tribunal Supremo ha establecido que ese plazo es a partir del momento en el que se tiene conocimiento del daño, por lo tanto nos vamos a 30 años. Ésa es la consecuencia de que los abogados del Derecho Sanitario estemos defendiendo a familiares y viudas de médicos, puesto que la herencia se recibe en derechos y obligaciones.

Esto que hoy deja sorprendido, a lo mejor, a muchos médicos es absolutamente desconocido por parte de la profesión, lo que conlleva la necesidad de influir en esa normativa e incluso diseñar desde el propio sector asegurador una cobertura para ello. Yo les auguro que las próximas reclamaciones por responsabilidad profesional serán por temas de confidencialidad, intimidad y protección de datos. De hecho, una reciente sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Baleares condena a un médico a la pena de tres años de prisión, nueve de inhabilitación, multa e indemnización por daño moral por haber entrado sin consentimiento en la historia clínica de un

compañero para verificar el nombre del médico de cabecera y verificar si tenía problemas psicológicos.

La Agencia Estatal de Protección de Datos en este mes [abril] está haciendo 264 inspecciones de oficio a hospitales públicos y privados, y ha multiplicado por diez las solicitudes de tutela por parte de reclamantes que, queriendo acceder a la historia clínica, no le ha sido concedida. Y nos encontramos que en este ámbito coexisten dos normativas: la legislación sanitaria y la de protección de datos. Creo que desde la propia OMC se debe propugnar una unificación normativa a través de un Estatuto del Dato Sanitario, porque no puede aplicarse la legislación sanitaria por un lado y la normativa general de protección de datos por otro.

Estamos viviendo el problema de la edad del menor. En el ámbito del acceso a la historia clínica, la normativa de protección de datos está propugnando la de los 14 años; la legislación sanitaria está hablando de 16 años. Y ya, en el paradigma de la confusión, el mismo ministro de Justicia dice que existe una mayoría de edad sanitaria, que en nuestro país no existe (existe en Francia y en Inglaterra). Lo que sí existe es el establecimiento de los 16 años a los efectos de la obtención del consentimiento informado.

Les podría ir contando toda una serie de cuestiones conflictivas motivada por una normativa en la que, hasta la fecha, las organizaciones colegiales han influido, pero en el simple trámite de alegaciones jurídicas. La especificidad del acto médico requiere una regulación también específica como el propio acto médico en sí”.

Ricardo Rodríguez: la responsabilidad profesional

Por su parte, Ricardo Rodríguez Fernández, titular del Juzgado de lo Penal número 16 de Madrid, explicó muy didácticamente el concepto de responsabilidad profesional médica, que puede ser de dos tipos: civil y penal.

“La responsabilidad civil viene derivada del artículo 1.902 del Código Civil, que señala que el que por acción u omisión causa daño a otro interviniendo culpa o negligencia está obligado a reparar el daño causado. En cuanto a la responsabilidad penal de los médicos, puede ser de dos tipos: bien cuando acuden como peritos a un proceso penal, que sería el delito de falso testimonio, que está regulado en los artículos 459 y siguientes, bien por faltar manifestamente a la verdad, bien por alterar la verdad.

La pena grave lleva aparejada la inhabilitación especial para el derecho del ejercicio de profesión u oficio por término de nueve a doce años. En el caso de que fuesen profesionales de la salud pública, perderían su destino y tendrían que volver a examinarse para adquirir nuevamente el carácter de funcionario público.

Por las faltas de lesiones imprudentes es necesario el requisito de procedibilidad. Significa que sólo se puede perseguir al acusado, en este caso, cuando es denunciado por el propio perjudicado o lesionado o, en el caso de que éste haya fallecido, por sus ascendientes, descendientes o cónyuges. En cuanto a la imprudencia profesional grave, la que sea constitutiva de delito, bien por homicidio imprudente o bien por lesiones imprudentes, es jurisprudencia reiterada del Tribunal Supremo que es el tratamiento médico quirúrgico que incide en comportamientos descuidados de abandono y de omisión del cuidado exigible, que conduzcan, olvidando la *lex artis*, a resultados lesivos para las personas.

Para que haya imprudencia profesional médica grave es necesaria la concurrencia de los siguientes requisitos:

1. Una acción u omisión voluntaria no maliciosa.
2. Un elemento psicológico consistente en el poder o facultad de la gente de poder conocer y prevenir el riesgo.
3. Una infracción del deber de cuidado, lo que se denomina la *lex artis ad hoc*.

Penas del Código Penal

CONCEPTO

- Por falso testimonio cuando el médico acude como perito a un tribunal
- Por homicidio imprudente
- Por lesiones imprudentes graves
- Por homicidio imprudente en falta leve
- Por lesiones imprudentes leves

PENA

- Prisión de 2 a 3 años, multa de 9 a 12 meses e inhabilitación de 9 a 12 años.
- Prisión de 1 a 4 años e inhabilitación hasta 6 años.
- Prisión de hasta 2 años e inhabilitación de 4 años.
- Prisión de 1 a 2 meses
- De 10 a 20 días de multa.



4. Un resultado dañoso.
5. La creación de un riesgo previsible y evitable.
6. Una relación de causalidad entre la acción u omisión del acusado, en este caso médico, y el daño producido. Esta relación de causalidad tiene que ser directa, completa e inmediata, además de eficiente y sin interferencias.

Por tanto, entenderíamos que habría un tratamiento, una actuación negligente, una imprudencia profesional grave por parte de los médicos cuando el tratamiento medicoquirúrgico al paciente se incida en actuaciones absolutamente descuidadas de las que resulte una actuación irreflexiva, una falta de adopción de cautelas de generalizado uso o, en ausencia de pruebas, investigaciones o verificaciones precisas como imprescindibles para seguir el curso del estado del paciente.

De esto se derivan las siguientes consecuencias:

1. El simple error de diagnóstico o la terapia no constituye delito, salvo que por su entidad o categoría cualitativa o cuantitativa resulten de extrema gravedad.
2. El estudio a efectos penales de la imprudencia profesional médica, por vía penal, ha de hacerse caso por caso, atendiendo a las de lugar, tiempo, de los sujetos y la naturaleza de la lesión o enfermedad padecida por el paciente.
3. Debe efectuarse valorando la conducta exigible al facultativo medio normal, sin perjuicio de las especializaciones que en algunas ramas de la Medicina haya, en función de la situación del paciente y el resultado mortal o lesivo dentro de la correspondiente relación de causalidad, apreciando la intervención de los profesionales en el diagnóstico, en la terapia y en las reacciones. Además, debemos tener en cuenta que la Medicina no es una ciencia exacta.

La evolución de la ciencia médica, la variedad de los tratamientos al alcance del profesional y el diverso factor humano sobre el que actúa son circunstancias que deben ser tenidas en cuenta por los tribunales al objeto de enjuiciar las posibles imprudencias profesionales médicas en el ámbito penal.

En definitiva, existe responsabilidad profesional médica por imprudencia profesional grave cuando en la intervención de los médicos se aprecia la omisión de las más elementales normas de actuación de su *lex artis* que supongan una dejación, abandono, negligencia o descuido de tal gravedad que se derive de forma directa e inmediata un resultado lesivo para el paciente". ■

II. Los nuevos retos asistenciales

¿Cuál debe ser la respuesta profesional ante los nuevos retos asistenciales, partiendo de los cambios demográficos, epidemiológicos, científicos y tecnológicos? La profesión médica debe reaccionar y liderar, dando su visión de por dónde deben de ir las posibles soluciones a estas dificultades y poner un poco más de luz al panorama actual. De ello habló José Conde Olasagasti, jefe del Ser-

vicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Toledo.

“El actual patrón de atención sanitaria especializada que nos lleva a ser el primer lugar de la OCDE en frecuentación al médico, en lo crónico puro y patológico es probablemente ineficaz, con certeza ineficiente y, además, insatisfactorio para pacientes y profesionales. Multifrecuentación descoordinada, reiteración

“El actual patrón de atención sanitaria especializada que nos lleva a ser el primer lugar de la OCDE en frecuentación al médico es probablemente ineficaz, con certeza ineficiente y, además, insatisfactorio para pacientes y profesionales”

de pruebas, ausencia de responsabilidad directora del proceso identificable y, pese a esta cantidad, intensidad de uso del sistema, ese tipo de pacientes frecuentan muchísimo las urgencias y la hospitalización, y hay una alta ocurrencia de iatrogenia y efectos de medicamentos adversos, sin contar con que en muchos de estos casos la percepción del propio paciente es de un enorme desamparo, no sabe quién es su médico.

¿Cuál es el origen de esa situación? Arranca todo de una configuración del sistema hospitalario especializado que adquirió un enorme prestigio en unas circunstancias clínicas, culturales, técnico-profesionales y organizativas absolutamente distintas de las actuales. En las clínicas hay cada vez pacientes más jóvenes y procesos agudos, lo que pretendíamos resolver con la revolución hospitalaria, el gran prestigio de la tecnología y descrédito de la medicina humanitaria y humanista. Conviene recordar que en aquel momento la tecnología estaba casi exclusivamente concentrada en los hospitales.

Junto a ello, un escaso desarrollo, una escasa dotación y un escaso acceso a la tecnología de la Atención Primaria con una secuela de muy poca capacidad resolutoria a ese nivel. Desde entonces y hasta ahora lo que se ha promovido e incentivado ha sido la productividad cuantitativa, el número de actos médicos, tanto en el ámbito público como privado. ¿Qué consecuencias ha tenido esto?

La existencia y perpetuación del mencionado modelo ha generado una cultura ilustrada o iluminada por una fe infundada en un supuesto poder resolutorio de los especialistas que afecta a la población y a los propios colegas. Es decir, el hecho de que yo remita un paciente a un especialista no quiere decir que él tenga la varita mágica para resolver cosas que yo mismo podría resolver. Otra consecuencia terrible es una traslación continua de responsabilidad sobre el paciente a otro nivel. Parecería que de lo que se trata es de que yo me quite este problema de encima y lo transfiera a otro nivel.

Además, un peculiar desarrollo de la profesión médica, una desproporción numérica y de consideración pública en el binomio especialista/generalista. Una hiperproducción de actos médicos de alto coste agregado y con muy poco valor sanitario añadido. Un ineficaz y a veces perjudicial proceso asistencial por razones obvias: troceamiento descoordinado, el paciente en mil trocitos; desorientación en el proceso, despersonalización de la atención, el paciente no sabe quién es su médico.

¿Qué propuestas podría haber para un cambio que algunos consideramos inaplazable? Algunos creemos que éste es el problema de la Medicina española en el momento actual, y ahora que se está hablando tanto de la sostenibilidad del sistema, gran parte de esa sostenibilidad pasa por aquí. La estrategia de cambio ha de considerar muchos elementos. Hay que tocar varias teclas al mismo tiempo. La primera tecla es la de la cultura y roles profesionales: formación, pregrado, MIR, troncalidad y continuada.

Me confieso un partidario absolutamente entusiasta de la troncalidad. Es fundamental que acabemos con este sistema de especialistas que son especialistas casi desde que salen de la facultad y no saben lo que es ser médico. Utilización racional y eficiente del recurso más valioso y escaso, el tiempo, transfiriendo quehaceres a otras profesiones. Aquí también me confieso partidario de transferir a la Enfer-

Las reglas de buena práctica

1. Además de especialista, se te supone médico, no transfieras a otro lo que tú deberías saber resolver.
2. Actúa como consultor o como consultante sin desplazar físicamente al paciente siempre que sea posible.
3. El director permanente de la biografía sanitaria es el médico de cabecera.
4. Antes de decidir si vas a mantener una revisión periódica a un paciente, valora lo que aporta eso a su manejo.
5. Antes de solicitar pruebas o requerir participación de otros, utiliza toda la información fácilmente disponible.
6. No olvides que tu paciente puede estar siendo visto por otros especialistas: coordina, integra citas y petición de pruebas.
7. Antes de medicar, averigua qué medicación está tomando tu paciente.

**“La intervención de todos los especialistas teóricamente
concernidos en la atención a un paciente no es garantía
de práctica médica apropiada; y la ausencia de responsable
médico identificable es una carencia inaceptable
que representa un alto riesgo”**

mería un montón de cosas que pueden hacer ellos y no nosotros.

Cambios en el ámbito organizativo y gestor. Modelos integradores y longitudinales de la atención, posicionamiento racional y coherente de incentivos y recursos. Si pagamos muchísimas peonadas por la tarde para hacer muchas consultas de Nefrología y de Neurología, tendremos muchas consultas de Nefrología y de Neurología y no resolveremos el problema. Vivimos en unos tiempos en los que los sistemas de información y telemedicina permiten hacer muchas cosas sin desplazar a los pacientes.

Pero para esto se requieren algunos cambios de actitud. Estamos muy necesitados de una profunda transformación cultural en la actitud fundamentalmente de los especialistas, que pasa por la aceptación firme de algún axioma e interiorización de algunas reglas de buena práctica. Y además de eso, herramientas de apoyo y soporte para una gestión continua y longitudinal de pacientes, alerta ante eventuales amenazas al cambio.

¿Qué es el cambio cultural? Se deben aceptar dos axiomas: la intervención de todos los especialistas teóricamente concernidos en la atención a un paciente no es garantía de práctica médica apropiada; y la ausencia de responsable médico identificable, con visión global y contextualizada del paciente crónico y pluripatológico es una carencia inaceptable que representa un alto riesgo. Fuera del hospital dicho responsable no es otro que el médico de cabecera”.

Verónica Casado: la fortaleza de la AP

Completó la exposición de Conde Olasagasti, la presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Verónica Casado Vicente.

“¿Cuáles son los retos asistenciales? Queda muy claro que los crónicos van a ser un horizonte muy importante para los médicos de este

país; nos vamos a enfrentar a patologías crónico-degenerativas, a incapacidades y minusvalías, a factores individuales, familiares y sociales, y a conductas de riesgo.

Además de los factores sanitarios, nos encontramos con factores sociodemográficos. Estamos en la era de la globalización, asistiendo a personas con problemas de salud de otros países, otras patologías que no estábamos acostumbrados a ver, prácticas culturales diferentes, estilos diferentes de vida, percepciones diferentes de la salud y de la enfermedad, utilización de medicinas alternativas. Estamos también enfrentados, por lo tanto, a las migraciones, al envejecimiento.

Hay cambios en la estructura familiar, hay nuevas desigualdades y todo esto genera más necesidades. También tenemos una población más exigente, con más información, una población que tiene una tolerancia menor al malestar. Hemos *vendido* que lo solucionamos todo con pastillas, cosa que no es cierta, y hemos medicalizado muchas situaciones normales.

Además de estos factores sociodemográficos, tenemos los factores ligados a los recursos. Afortunadamente, los hospitales se han desarrollado mucho y ágilmente. Hay altas precoces, lo que significa que hay un desarrollo importante de la medicina ambulatoria. Se tiene tendencia a que el paciente esté en su medio más natural, su domicilio. Por lo tanto, las altas precoces, los cuidados paliativos y el traslado de una serie de técnicas se han instalado a la Atención Primaria.

Y tenemos la crisis. La crisis puede ser una oportunidad ante una política sanitaria inteligente. Si la orientación de la crisis es reorientar a las actuaciones más eficientes y más efectivas, a lo mejor la Atención Primaria tiene una oportunidad importante. La tiene básicamente por sus fortalezas. Antes eran intuitivas, pero desde hace muchos años hay muchas evidencias científicas que demuestran que los sistemas nacionales de salud que se organizan en torno a una buena Atención Primaria bien or-

ganizada, con profesionales cualificados para hacer esa función específica, resulta que tienen impacto sobre los indicadores de salud, el coste de la medicación, los gastos por persona, la satisfacción.

Otra fortaleza es que tenemos una red de hospitales magnífica, pero también tenemos una red asistencial y docente consolidada de centros de Atención Primaria. Es evidente que hay mejor atención clínica en los centros de Atención Primaria. También se ha formado muy bien a los médicos de Familia en los últimos años. Tanto es así que se han podido utilizar en otros puestos diferentes dentro del sistema, como pueden ser las urgencias o los cuidados paliativos. Y se está demostrando en algunos sitios la necesidad de trabajar juntos. Es absolutamente necesaria la colaboración y gestión conjunta de casos y ya empieza a haber iniciativas interesantes en este sentido. Se ha incorporado la promoción y prevención de la salud, la práctica familiar, la práctica comunitaria y, afortunadamente, la docencia y la investigación.

Pero tenemos debilidades. La debilidad fundamental es que somos ilegales, y me explico. La Ley General de Sanidad y todas las leyes de su desarrollo dicen que la Atención Primaria es la función central del sistema. La Atención Primaria no es la función central del sistema y no lo puede ser nunca con un gasto del 14 por ciento, frente al 18 por ciento cuando se inició la reforma. Se está, de alguna manera, lesionando y coartando la oportunidad del sistema para responder a los retos asistenciales de una manera importante si no se la financia.

Además, tenemos una organización rígida y burocratizada. Cuando se nos masifica, cuando no tenemos tiempo, al final la consecuencia es que hacemos un adelgazamiento de nuestro perfil profesional. ¿Y qué es lo que más nos perjudica? Dejamos de hacer prevención y, claro, todo el mundo está de acuerdo en que la prevención es la apuesta del sistema para la cronicidad y para evitar que esto siga siendo así.

Otro elemento importante: la efectividad no se mide. A mí me da pena ver que son siempre investigadores extranjeros los que nos aportan luz sobre lo buenísima que es la Atención Primaria y la Medicina de Familia en este país, pero no hemos sido capaces de crear indicadores en España para medir la efectividad. Afortunadamente, son los cardiólogos los que nos dicen a los médicos de Familia que hemos disminuido la tasa de mortalidad cardiovascular.



Una amenaza importante es el incremento de la demanda y la presión asistencial, nos ahogamos. Ver 50 y 60 pacientes diarios, día tras día, es algo que genera un agotamiento emocional importante, además de cansancio físico. Otro elemento importante que estamos viendo en el SNS es que la equidad se rompe por dos extremos que quedan fuera del sistema: la población marginal y la población con alto nivel adquisitivo. Y lo malo de ese grupo poblacional es que son personas que generan opinión (políticos, periodistas, etcétera). A un político le preguntaron recientemente: “¿Cómo se llama su centro de salud?, ¿cómo se llama su médico de familia?”. Y su respuesta fue: “Hace poco me di un golpe en un tobillo, vino un helicóptero y me llevó al Gregorio Marañón”.

La respuesta profesional es mejorar la financiación del sistema. El sistema necesita más dinero. El porcentaje de Atención Primaria tiene que ser más alto. La Atención Primaria tiene que ser la función central del Sistema Nacional de Salud y tiene que ser un objetivo no sólo nuestro, sino de las administraciones. Se tiene que incrementar el número de médicos de AP. Se tienen que desburocratizar las consultas, mantener la resolutivez, profundizar y generalizar las reformas procoordinación entre niveles, mejorar el prestigio social, y esto necesita marketing interno y externo. Y al final, apostar por la formación troncal”. ■

DEONTOLOGÍA

Muestras de que, con frecuencia, las actuaciones de los políticos van por un camino y los deseos de los profesionales sanitarios por otro, es la nueva Ley del Aborto, muy polémica, y los cuidados paliativos. En el primer caso, se reconoce la objeción de conciencia y, en el segundo, se demuestra que en España todavía es doloroso morir.

I. Ante el aborto, la ley y la ética se enfrentan

La nueva Ley del Aborto que entrará en vigor a partir del 5 de julio, y contra la que el Partido Popular ha presentado un recurso de inconstitucionalidad, es una norma que salvaguarda el derecho a la objeción de conciencia del médico, y en torno a la cual los criterios de los expertos no son unánimes. He aquí la posición de Joan Monés Xiol, profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona y médico especialista en enfermedades digestivas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

“En deontología, los temas y éticas siempre son conflictivos, pero hay dos que a veces se trasladan a extremos: el aborto y la eutanasia. Respecto a la nueva Ley del Aborto, el embrión es un bien que ha de ser protegido y el Estado debe tener especial sensibilidad en dicha protección. Y ahí la opinión del sí a la vida. Sin embargo, alrededor del 50 por ciento de la población opina que esa protección no debe ser o no debe anular por completo el derecho de la mujer a la interrupción del embarazo.

Antes de continuar, hay que hacer unas consideraciones previas:

1. Es delito el aborto sin consentimiento de la embarazada.
2. Nunca se ha penalizado el aborto como el homicidio o el asesinato, tampoco socialmente tiene igual relevancia.
3. La regulación de la interrupción del embarazo no es obligatoria.
4. El aborto debe ser considerado como una acción última y en ningún caso deseable.
5. Cualquier ley sobre el aborto no trata de emitir un juicio moral, sino decidir simplemente en qué casos su práctica no será penalizada por el Estado.

6. El aborto puede provocar en la mujer trastornos físicos y psicológicos que debe conocer y ser advertidos por el médico, pero no es menos cierto que las consecuencias psicológicas y sociales de los abortos denegados pueden ser en algunos casos tan serias como las asociadas al aborto.

Nuestro Código de Ética es claro: “El médico es un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionado estatutariamente”.

Condiciones previas que había antes de la aparición de la ley. La Constitución española dice que todos los ciudadanos tienen derecho a la vida, pero ante unas preguntas al Tribunal Constitucional, éste dijo dos frases que han sido muy comentadas: “La vida no es una realidad hasta el inicio de la gestación” y “el *nasciturus* no es un titular del derecho fundamental a la vida, pero constituye un bien que ha de ser protegido”.

Hay que acabar con las irregularidades en los informes médicos que avalan que el embarazo supone un peligro para la salud psíquica de la mujer, e insistir en la mujer que desea un embarazo que puede tener acceso a ayudas sociales públicas y privadas, y en la conveniencia e importancia de que los padres sean informados.

La decisión de abortar no es ni fácil ni banal, y desde la ética se puede afirmar que no hay un derecho de aborto, como se indica en la nueva ley. Es decir, despenalizar no debe ser equivalente a normalizar. Despenalizar supone reconocer el problema de los embarazos no deseados o aquellas situaciones de gestación con

dificultades para proseguir por problema de salud grave en la embarazada o alteraciones graves en el feto. Por lo tanto, la ética está en principio contra la interrupción del embarazo, que siempre supone poner fin a una vida humana iniciada, pero también reconoce la existencia de graves cuestiones que desgraciadamente se presentan y que demandan ponderar valores en conflicto.

Desde una ética de mínimos hay que cuidar la convivencia pacífica de los ciudadanos y respetar la despenalización del aborto. Desde una ética de máximos, de orientación cristiana, tiene que ser muy valorada la vida del feto como una vida superior y, además, la máxima información de todas las ayudas posibles a la gestante. Desde una ética de máximos se puede aceptar una ley despenalizada del aborto, pero no encaja una ley que consagra el derecho al aborto. Las leyes civiles, según Santo Tomás, deben procurar la mejor convivencia posible.

Por lo tanto, nosotros pensamos que si bien la despenalización del aborto hay que aceptarla, probablemente el derecho al aborto puede resultar excesivo. Y desde la ética es perfecta e impecable la perspectiva del cardenal de Barcelona: “En cuanto al aborto, la Iglesia puede comprender, acoger, perdonar, pero nunca aceptar”. Sin embargo, en una sociedad plural hemos de aceptar una ley del aborto y, por tanto, hemos introducido la objeción de conciencia”.

José María Laílla: “situación anómala tolerada”

Otro punto de vista fue expuesto por José María Laílla Vicens, vicepresidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), quien remarcó que lo hacía basándose esencialmente en argumentos científicos, deontológicos y éticos, y huyendo de cualquier posicionamiento ideológico, político o religioso.

“La SEGO, al tener noticia del anteproyecto de Ley, reunió a sus comisiones de Bioética y Jurídica y solicitó de ambas un estudio del anteproyecto y la elaboración de un informe que reflejara de forma ecuánime el posicionamiento que debía adoptar la Sociedad. Estos documentos fueron discutidos en una junta plenaria elaborando un informe final aceptado por la unanimidad de todos los miembros de dicha junta.

Quiero dejar constancia de que dicho documento no nos ha sido solicitado por ningún partido político ni institución afín, ni se preguntó a la sociedad científica cuál era su opi-



nión y posicionamiento durante todo el tiempo del debate de la ley. El Ministerio de Igualdad designó un comité de expertos en el que había un reducido número de obstetras y ginecólogos que formaron parte del mismo a título personal.

Entendemos que la Ley actual viene a sustituir a la anterior ley del año 1985 que, sin ser una buena ley, estaba consensuada y diría que aceptada por todos los partidos políticos y parte importante de la sociedad civil. El incumplimiento manifiesto y conocido de la referida ley llevó a que, en lugar de poner los medios para hacer que se cumpliera, se aprovechara para redactar una nueva ley más amplia, de la que tampoco tenemos la más absoluta seguridad de que se va a cumplir. Es decir, se ha dado una respuesta jurídica a una situación anómala tolerada.

En la ley actual, el aborto se ha convertido *de facto* en un derecho de la mujer, considerándose dos aspectos fundamentales: una ley de plazos en la que la mujer puede, libremente y sin supervisión de terceros, interrumpir su em-



barazo en las 14 primeras semanas de gestación, y un segundo supuesto en el que la mujer puede abortar hasta la semana 22 por una causa médica, es decir, por graves anomalías en el feto o malformaciones o enfermedades graves en el mismo, incompatibles con la vida, y también cuando el embarazo puede ocasionar graves alteraciones físicas o psíquicas a la madre.

En este segundo supuesto sólo será preciso el informe de un profesional distinto al que ejecute el aborto. A nuestro entender, esta decisión es prácticamente semejante a decir “aborto libre hasta la semana 22”. Sólo es necesario examinar los precedentes de continuo fraude en la interpretación y aplicación del concepto “grave riesgo para la salud de la madre”, o lo que representa también “una malformación grave para el feto”.

La ley actual viene a ser una ley de plazo no declarada hasta la semana 22 de gestación, y en este punto la SEGO ha dejado muy clara su posición al decir que el aborto no debe ni puede ser considerado nunca un procedimiento contraceptivo, opinión que también consta en la resolución del comité de expertos del Parlamento Europeo del año 2001, que dice textualmente: “Los países europeos no deben fomentar el aborto como método de planificación familiar”. Además, manifestamos que la ley ac-

tual contradice la sentencia del Tribunal Constitucional del año 1985 que defiende los derechos de los *nasciturus*.

En cuanto a la protección del *nasciturus*, un informe de la Comisión de Igualdad dice que “en la referida sentencia del Tribunal Constitucional no precisa cómo debe protegerse la vida del mismo, y por consiguiente se interpreta que corresponde al legislador la concreción de la misma, y en este sentido se afirman en el hecho de que le corresponde al profesional dar la información sobre las ayudas y el apoyo social del cual dispondrá la mujer y su hijo en el caso de continuar con su embarazo”. Es decir, el legislador hace recaer la responsabilidad moral y penal de la protección del *nasciturus* en el profesional que informa a la mujer gestante.

Desde el punto de vista científico, y en el principio de que la ciencia debe ser neutral ante los conflictos ideológicos, podemos aceptar que en todos los textos se barajan conceptos que, como mínimo, conducen a la confusión y en muchos casos son utilizados en un sentido o en otro como argumentos de discusión. A nuestro entender, el más importante es la indefinición de vida humana frente a los conceptos de individuo humano, persona humana o ser humano, y principalmente a partir de qué momento puede considerarse el inicio de la misma.

Los principios científicos basados en conocimientos biológicos dan argumentos para fijar este inicio de la vida desde la fecundación e identificación de un código genético diferenciado de las células promotoras (sería el principio más conservador), al concepto de vida más progresista, cuando el cerebro fetal está dotado de todos los recursos de capacidad bioeléctrica que le dan ya capacidad de conciencia y decisión en el futuro, que tiene lugar aproximadamente hasta la sexta u octava semana de la gestación.

La objeción de conciencia forma parte del contenido de los derechos fundamentales de la libertad ideológica y religiosa reconocida en el artículo 16.1 de la Constitución. Recojo la opinión, diría que prácticamente unánime, de nuestra sociedad científica de que la objeción de conciencia no es negociable. Sólo basándonos en una ética racional el individuo debe responder en primer lugar al tribunal de su propia conciencia, y la objeción debe considerarse como un derecho subjetivo a resistir los mandatos de la autoridad cuando contradicen sus propios principios morales”. ■



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

CRUCERO ANIVERSARIO

10 de octubre de 2010

Crucero por el Mediterráneo

Día	Puerto	Llegada	Salida
Domingo	Barcelona	----	18:00
Lunes	Villefranche (Mónaco)	13:00	19:30
Martes	Livorno (Florencia)	08:00	19:30
Miércoles	Civitavecchia (Roma)	07:30	19:30
Jueves	Nápoles	08:00	15:30
Viernes	La Goulette (Túnez)	14:00	20:00
Sábado	Navegación	----	----
Domingo	Barcelona	08:00	----



Camarote Exterior
Desde **517 €**



Tasas de puerto/Seguro básico 185 € - Tasas de servicio 65 €

Más información Club Médico: Tlf. 91 541 02 79 - CICMA 148



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



Los mejores Destinos

Primavera-Verano 2010



CUBA

Habana + Varadero (8 días / 6 noches)
Hotel 4* A.D. en la Habana - en Varadero T.I.
Salidas salidas del 10 Julio hasta Septiembre **desde 740€**

Habana + Cayos (8 días / 8 noches)
Hotel 4* A.D. en la Habana - en Cayos T.I.
Salidas Viernes de Mayo y Junio **desde 919€**

JORDANIA Y SIRIA

8 días / 6 noches
Hotel Tarsis MJ*
Salidas Sábados Vuelo Directo con escala a Amán y Damasco
Del 2 de julio al 19 de Octubre **desde 1.350€**



CHINA

China Milenaria + Gullin (15 días / 13 noches)
Hotel 4* Sup
Salida desde Madrid y Barcelona del 7 de Junio al 15 Noviembre
13 desayunos + 8 almuerzos + 3 cenas **desde 2.135€**

JAPÓN

Japón Clásico (10 días / 8 noches)
Hoteles 3* Sup M*
Salidas desde Madrid y Barcelona del 5 de Junio al 27 Noviembre
8 desayunos + 5 almuerzos **desde 2.565€**

RUSSIA

Capitales de Rusia (8 días / 8 noches + 1 avión)
Hotel 4* Sup M* A.D. + 2 comidas.
Salidas Domingos de Mayo a Octubre **desde 1.165€**

Gran Crucero de Rusia (11 días / 10 noches)
Avión + Barco 3* P.C.
Moscú / San Petersburgo o viceversa
Salidas Lunes y Jueves de Mayo a Septiembre **desde 1.025€**



INDIA

Luces de Rajasthan (14 días / 12 noches + 1 avión)
Hotel 4* Sup M* A.D. + 2 comidas
Avión + Hoteles 3*/4* Sup. Luj.
12 desayunos + 4 almuerzos + 1 cena
Salidas de Junio 2010 a Abril 2011 **desde 1.650€**



AFRICA

Tierra Masai. Kenia (8 días / 8 noches + 1 avión)
Avión + Hoteles 3* P.C.
Salidas de Junio 2010 a Abril 2011 **desde 1.545€**

Tierra de África Austral (9 días / 6 noches + 2 aviones)
Avión + Hotel 3*/4* P.C. - 8 desayunos + 2 almuerzos
Salidas de Junio a Diciembre 2010 **desde 1.590€**



CROACIA

Croacia a su aire
Avión + coche alquiler - 1 semana **desde 300€**

Dubrovnik (8 días / 7 noches)
Avión + Hotel 2* + traslado **desde 550€**

Tour Croacia Imperial (8 días / 7 noches)
Salida Domingos desde Barcelona y Madrid del 20 de Junio al 19 Sept. **desde 1.190€**

SICILIA

Sicilia a su aire
Avión + coche alquiler - 1 semana **desde 335€**

Tour Sicilia al completo (8 días / 7 noches)
Salida Domingos desde Barcelona y Madrid del 6 de Junio al 24 Octubre **desde 999€**



TURQUÍA

Gran Tour de Turquía (11 días / 10 noches)
Salida Jueves, Viernes y Sábados desde Barcelona y Madrid del 23 de Mayo al 31 Diciembre **desde 1.140€**

Información y reservas en su agencia de viajes



San Productor con la Garantía de

POLITOURS
CAA - 18 www.politours.com

NOTA IMPORTANTE: Precios base, con avión incluido en habitación doble, válidos en las fechas indicadas. Vuelos especiales o regulares desde Madrid y Barcelona. Consultar otros programas, categorías de hoteles y suplementos por otros conceptos, como seguros, salidas desde otros puntos, tasas no incluidas. *Ver itinerarios detallados y Condiciones Generales en nuestros folletos 2010*

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

MEDITERRÁNEO OCCIDENTAL

GRAND HOLIDAY Desde 344€*
¡NUEVO BARCO!

Navega por el Mediterráneo en un crucero de 8 días y disfruta del barco más moderno de nuestra flota.

Barcelona, Villefranche (Mónaco), Livorno (Floencia), Civitavecchia (Roma), Nápoles y La Goulette (Túnez).

Salidas: Domingo desde el 23 de Mayo hasta el 21 de Noviembre.

ATLÁNTICO DESDE VIGO O CÁDIZ

GRAND VOYAGER Desde 498€*

Iberocruceros te lo pone más fácil para que puedas disfrutar de un maravilloso crucero de 8 días por el Atlántico partiendo desde Vigo o Cádiz.

Cádiz o Vigo, Funchal (Madeira), Santa Cruz de Tenerife, Arrecife y Casablanca.

Salidas: Crucero desde Cádiz: Lunes desde el 31 de Mayo al 6 de Septiembre. Crucero desde Vigo: Martes, desde el 1 de Junio al 7 de Septiembre.

FIORDOS NORUEGOS

GRAND MISTRAL Desde 855€*

Te ofrecemos dos cruceros de 8 días para que puedas elegir y deleitar tu vista con los paisajes naturales más bellos.

COPENHAGUE - COPENHAGUE.

Salidas: Sábados, 29/5 y 26/6. Copenhague, Oslo, Stavanger, Olden, Geiranger, Hellesylt, Flam y Copenhague.

COPENHAGUE - COPENHAGUE.

Salida: Sábado, 19 de Junio. Copenhague, Oslo, Geiranger, Hellesylt, Olden, Flam, Stavanger y Copenhague.

CAPITALES BÁLTICAS

GRAND MISTRAL Desde 865€*

Disfruta de las más bellas capitales del Norte de Europa en un crucero de 8 días.

COPENHAGUE - HELSINKI.

Salidas: Sábados, 5/6, 3/7 y 14/8.

¡Noche en Copenhague!

Copenhague, Warnemunde (Berlín), Visby (Suecia), Estocolmo, Tallin, San Petersburgo y Helsinki.*

HELSINKI - COPENHAGUE.

Salidas: Sábados, 12/6, 10/7 y 21/8.

¡Noche en San Petersburgo y Copenhague!
Helsinki, San Petersburgo, Tallin, Estocolmo, Gdynia y Copenhague.*

* Si deseas realizar una visita por tu cuenta, necesitas un visado individual que podrás obtener en el consulado de Rusia en España.



Más información www.iberocruceros.es y en tu agencia de viajes

*PLAZAS LIMITADAS: Precios desde por persona en camarote doble interior sobre tarifa Ahorro Express. Consultar Condiciones. Tasas de puerto 185€ para Mediterráneo Occidental y Atlántico, 195€ para Capitaes Bálticas y 200€ para Fiordos Noruegos no incluidas y de servicio 65€ no incluidas a pagar a bordo. Avión de ida y vuelta desde Madrid o Barcelona a Copenhague/Helsinki y traslados puerto incluidos.



➔ (viene de pág. 32)

II. Cuidados paliativos: asignatura pendiente en las políticas sanitarias

Desde 2003, los cuidados paliativos han pasado en Europa de ser una necesidad a constituir un derecho sustentado en leyes. Pero en España hay siete comunidades autónomas, entre ellas Navarra, que todavía no han planificado por escrito ese derecho. Javier Rocafort Gil, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, expone dicha evolución.

“Cada año muere una de cada cien personas y la mitad de éstas lo hacen después de pasar un período de varias semanas o de meses en el que ese final es más o menos cierto, y en el que las cosas sucederán dependiendo exactamente de cómo actuemos los médicos. Cuando la atención médica es adecuada, se puede *disfrutar* de un final de la vida apropiado en el cual uno puede cerrar sus asuntos pendientes y en el cual se puede preparar cierto legado.

Lo que sí es verdadero es que cuando el tiempo se acaba, uno lo que quiere habitualmente es tiempo. Haremos las cosas bien o mal dependiendo de cómo manejemos las necesidades de los pacientes, que son físicas, sociales, psicológicas, emocionales, espirituales; pero también son necesidades prácticas de cómo cerrar asuntos personales, necesidades relacionadas con el fin propio de la vida, con el duelo o con el manejo de la enfermedad.

Los médicos haremos bien o mal este tratamiento de las necesidades y lo haremos según practiquemos la medicina paliativa, que no es algo diferente a practicar el resto de la medicina. Se basa en la evaluación, en la comunicación adecuada, en la toma de decisiones, en la planificación y prestación de los cuidados y en la reevaluación. Y como el enfermo en fase terminal está en manos de cualquiera de nosotros, todos nosotros hemos de practicar esto y hemos de hacer cuidados paliativos.

La medicina paliativa no es más que la respuesta a una necesidad que ha existido siempre. Pero es en el año 2003 cuando el Consejo de Europa recomienda a todos los estados miembros que faciliten políticas sanitarias favorables a la atención al final de la vida. Fue a partir de entonces cuando esto se empezó a convertir en un derecho en algunos países de Europa. Cinco años después, el Parlamento

Europeo hizo una clasificación tomando como referencia el Reino Unido. Y España está en el séptimo lugar.

En España ya se ha instaurado el derecho a recibir adecuada atención al final de la vida. Ahí está la Ley de Cohesión 16/2003, que incluye la atención al final de la vida como una prestación sanitaria básica dentro del Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto 1.030 del año 2006, que define y completa en qué consiste esta atención adecuada.

Este derecho es muy poco conocido. En una reciente encuesta se preguntó si las personas saben lo que son los cuidados paliativos, cómo acceder, qué van a conseguir con ellos; sólo una tercera parte de la población conoce que tiene acceso a este derecho. Derecho que en España va mejorando mucho, pero España es muy compleja, la administración sanitaria de cada comunidad es diferente y cada uno apuesta de diferente manera. Todavía hay siete comunidades autónomas que no han planificado, al menos por escrito, sus cuidados paliativos.

Pero el mercado de la atención al final de la vida tiene grandes inequidades. En nuestro país los que viven en pueblos pequeños acceden aún menos a cuidados paliativos, incluso en las comunidades que los tienen bien planificados, y los que tienen enfermedades no oncológicas y crónicas acceden menos. Las mujeres que tienen más este tipo de enfermedades acceden menos que los hombres, los que están en domicilio menos que los que están en hospitales, los privados menos que los públicos, y los ricos son los que lloran más. Los niños, por desgracia, y esto es muy serio, menos que los adultos”.

Teresa Fortún: Navarra carece de un plan

María Teresa Fortún Pérez de Ciriza, presidenta del Colegio de Médicos de Navarra, completó la exposición de Rocafort Gil desde la realidad de su comunidad autónoma.

“Estamos viendo pacientes muy mayores, pacientes crónicos y pacientes oncológicos con dolor. Y esto hace que nos planteemos ¿quién tiene que atender a estos pacientes?, ¿quién tiene que dominar el arsenal terapéutico que

“¿Por qué si recibir una asistencia sanitaria de calidad en los momentos finales de la vida es un derecho, éste no está totalmente desarrollado en todas las comunidades autónomas? ¿Es una cuestión de presupuesto?”

estos pacientes necesitan? Son enfermos que en la mayoría de las ocasiones presentan dolor, pero también presentan otras cosas. ¿Tiene que ser solamente un especialista de cuidados paliativos o un médico general?

En Navarra no existe un plan de cuidados paliativos. Estamos debatiendo a nivel parlamentario el plan estratégico de la sanidad pública, en el que se habla de diferentes cosas que son importantes en los cuidados paliativos. Se habla de crear un plan integral de atención al envejecimiento, una gestión integral de procesos crónicos, equipos multidisciplinares que atiendan a los pacientes oncológicos desde el primer momento, entre otras cosas.

¿Cómo funcionamos en Navarra? Lo que hacemos es que los servicios que atienden primariamente a los pacientes que van a necesitar cuidados paliativos, que principalmente son servicios de hospitalización (los más habituales son Medicina Interna, Neurología, Oncología y Atención Primaria) se ponen en contacto con la unidad de cuidados paliativos que tenemos. Esta unidad está integrada en un centro privado concertado, en la clínica

San Juan de Dios. Estos profesionales valoran al paciente y deciden si el cuidado que van a realizar debe llevarse a cabo a nivel de hospitalización, en cuyo caso ingresan en su unidad, o en domicilio, valorando la situación familiar, la presencia o no de cuidadores que se puedan hacer cargo de la situación y el entorno social del paciente.

¿Por qué, si es un derecho, el recibir una asistencia sanitaria de calidad en los momentos finales de la vida, no está totalmente desarrollado en todas las comunidades autónomas? ¿Es cuestión de presupuesto? ¿Es muy caro instaurar una unidad de cuidados paliativos? ¿Es cuestión simplemente de priorización? ¿Hay otras necesidades que se consideran más importantes? ¿Es simplemente una cuestión de voluntad política o es, como dicen ahora los políticos, que faltan profesionales bien formados para dar respuesta a esta necesidad? Y si asumimos esto, ¿es que verdaderamente la formación de los profesionales que estamos administrando cuidados paliativos no es la adecuada? ¿Es necesaria una formación universitaria, se tiene que contemplar en las carreras de medicina? ¿Y es necesaria además que sea una formación interdisciplinar?

Hay una pregunta que no hemos abordado, pero cuando hablamos de cuidados paliativos en procesos crónicos, ¿qué entendemos por fase terminal de la vida? ¿Cuándo debe empezar el equipo de cuidados paliativos a actuar y cuándo debe ser Atención Primaria o revisiones periódicas en el especialista que lleve a ese paciente?”. ■



GESTIÓN

El compromiso que los médicos reclaman en la gestión de los hospitales y centros de salud es un clamor al que, en general, las administraciones sanitarias hacen oídos sordos. Entender como propios los objetivos estratégicos, el capital social y los valores fundacionales de los centros de trabajo es consustancial al progreso y eficiencia sanitarios.

El compromiso de los profesionales con la gestión de los centros

“Ningún sistema sanitario puede funcionar con eficiencia económica y social ni tampoco con justicia equitativa, si los profesionales de la salud no consideramos como propios los objetivos estratégicos, el capital social, y sus valores fundacionales”. Esta es una de las afirmaciones contundentes que Luis Ángel Oteo Ochoa, jefe del Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de los Servicios Sanitarios de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto Carlos III, vertió en su disertación, que discurrió así:

“La sanidad es un sector esencial y estratégico dentro de la economía productiva y se genera riqueza, prosperidad y empleabilidad, contribuyendo a fortalecer el nivel de desarrollo y progreso social de nuestro país, a la vez que se dinamiza la innovación y la creatividad en la sociedad del conocimiento. En las instituciones sanitarias la piedra angular de su gobierno debe sustentarse en un liderazgo ético y en un compromiso incondicional ante la sociedad. Sin estas premisas se vulnera la confianza, que es un prerequisite para la convivencia democrática.

Ningún sistema sanitario puede funcionar con eficiencia económica y social, ni tampoco con justicia equitativa, si los profesionales de la salud no consideramos como propios los objetivos estratégicos, el capital social y sus valores fundacionales. Además, sin buen gobierno ni instrumentos de cohesión social no hay ningún sistema sanitario que pueda ser sostenible, menos aún en situaciones de recesión económica que exigen rectitud y disciplina fiscal y un ajuste severo en las finanzas públicas, como es la situación actual.

Son prácticas de buen gobierno las que sustentan en el respeto, la ejemplaridad, dedicación, integridad, veracidad, lealtad, prudencia y liberalidad de los compromisos y de los comportamientos de todos los agentes con derechos de decisión; hoy más que nunca necesarias porque la sostenibilidad, la equidad, la calidad y la eficiencia social no están garantizadas, ni por las normas, ni por los procedimientos, ni por ningún credo ideológico.

Necesitamos avanzar desde el buen gobierno hacia una concepción renovada del federalismo sanitario, que implica revisar críticamente jerarquías y mercados y gestionar políticamente redes sociales complejas multinivel. La denominada nueva gestión pública formaría parte de este concepto de buen gobierno.

Quienes abogamos por un nuevo modelo de gobernanza y de gestión pública ponemos en tela de juicio algunos de los convencionalismos ortodoxos firmemente asentados en nuestro Sistema Nacional de Salud, que no permiten proyectar lo mejor de las personas en el servicio público y la sociedad. Por último, entendemos también que el capital social, cívico, cultural y ético de nuestras instituciones sanitarias debe considerarse como un activo estratégico de buen gobierno porque fortalece la cohesión interna y las relaciones entre personas, comunidades, redes y sociedades.

El buen gobierno sanitario necesita también de un nuevo profesionalismo médico comprometido con el destino del SNS para las próximas generaciones, y una nueva cultura social centrada en el principio de ciudadanía sanitaria. El nuevo profesionalismo mé-

dico surge como un concepto sociológico que en la práctica significa el compromiso con la competencia, la integridad, la moralidad, el altruismo y la promoción de un bien social preferente como es la salud. Este compromiso ético forma parte del contrato social implícito entre los profesionales médicos y la propia sociedad y representa la base de nuestra legitimación social.

Sin un desarrollo efectivo racional de los valores esenciales que asume la profesión médica, básicamente autonomía, libertad de juicio, capacidad de decisión, autorresponsabilidad, reputación social, desarrollo científico, accesibilidad sin barreras al conocimiento, reconocimiento profesional así como disponibilidad y ayuda incondicional a los pacientes, no

médicos exige poner en valor un liderazgo institucional para hacer posible la aplicación de estos valores del profesionalismo médico y garantizar la confianza y legitimidad social que la sociedad otorga a nuestra profesión para tutelar, desde la independencia y capacidad de autorregulación, los intereses relacionados con la salud de los pacientes y la población”.

Jaime Orfila: la labor directiva y gestora

Desde un punto de vista más práctico, Jaime Orfila Timoner, internista y ex director general de Sanidad del Gobierno Balear, vio así el tema a discusión: *Criterios para el buen gobierno de centros e instituciones sanitarias*.

“Cuando hablamos de dirección, de gestión, de gobernanza, estamos hablando de gestionar un sistema de salud organizado desde zonas básicas con una población amplia, dispersa, con una demanda asistencial cada vez mayor, con 80.000 médicos sólo en el sector público (140.000 en general), con 700 áreas básicas, 3.000 centros de salud, con una distribución por facultativos y por áreas de media de 11.500 médicos de familia y 1.300 pediatras, y con una frecuentación del ciudadano a la Atención Primaria de tres veces al año de media.

Hablamos de dirección y gestión de servicios de salud cuando hablamos de la dirección en todos sus aspectos de más de 800 hospitales, de ellos 325 públicos con más de 160.000 camas, a pesar de que el 40 por ciento de las altas en hospitales privados también están financiadas por la Seguridad Social, y con cierta especialización por parte de los públicos y privados y con una tendencia clara al envejecimiento de la población, a la menor importancia del recurso cama, etcétera.

Hablamos de gestión desde distintos ámbitos, como es el mantener la salud, el mejorarla, aspectos de certificación de servicios, de efectividad, de accesibilidad. Hablamos de conceptos realmente muy complejos que se manejan y desarrollan en el sector sanitario y que cualquier servicio de salud tiene su plan y objetivos con sus programas poblacionales, con una provisión asistencial en distintos niveles y con servicios generales, cada uno con sus directivos, sus gerentes, sus responsables en cada una de estas áreas.

En cuanto a la labor directiva y gestora, hay una ocupación partidista de la Administración, no hay separación entre el ámbito político y el técnico, no hay órganos colegiados represen-



es posible pretender un sistema sanitario moderno, eficaz y humanista. Es necesario enfatizar que la autoridad sanitaria debe reconocer el papel nuclear de la profesión médica en el sistema sanitario, también en lo concerniente a la organización y gestión de los servicios de salud. Por ello, integrar en un formato, en una doctrina política reformista el nuevo profesionalismo médico es uno de los principales desafíos a los que se enfrenta el proceso de modernización sanitaria en nuestro país.

Para desarrollar un nuevo profesionalismo, más activo y más comprometido, necesitamos inexcusablemente fortalecer el liderazgo institucional de los colegios profesionales médicos, reforzando su legitimidad pública y social. La reputación institucional de los órganos de dirección de los colegios profesionales



“Para garantizar la capacitación, formación y profesionalidad del gestor se necesita experiencia en el sector, liderazgo, conocimientos de herramientas de gestión, normas de la administración, capacidades de comunicación, habilidades en instrumentos de medición y desarrollo de habilidades directivas”

tativos; la dirección está politizada, es vulnerable, es inestable porque pueden ser cesados en cualquier momento, porque no hay garantías de capacitación. Cualquiera puede acceder a un cargo sin formación y falta transparencia democrática en la rendición de cuentas, que se hace a los responsables políticos y no a la ciudadanía. En este sentido, el buen gobierno de estas organizaciones pasaría por desarrollar algunos colegiados representativos e independientes con un proceso de selección directiva y con contratos transparentes, estables, vinculados a resultados.

Supongo que estamos todos de acuerdo que para garantizar la capacitación, formación y profesionalidad del gestor se necesita experiencia en el sector, liderazgo, conocimientos de herramientas de gestión, normas de la administración, capacidades de comunicación, habilidades en instrumentos de medición, desarrollo de habilidades directivas. Para el buen gobierno de las organizaciones tenemos que apostar por la mayor implicación de los profesionales de la Medicina en:

1. Aumento de la representatividad de la OMC y de los consejos autonómicos en los órga-

nos de decisión y de participación de los servicios de salud y de las áreas sanitarias en las administraciones autonómicas.

2. Potenciar las habilidades directivas de los médicos para que no se produzca una selección adversa y sólo algunos con apoyo político puedan acceder a una formación que está negada, por tiempo o por dinero y por dedicación, a muchos. En ese sentido entiendo que la OMC debería desarrollar un área estable de formación para habilidades directivas, gestión clínica y de bioética.
3. Implicarse en la gestión clínica de su centro de trabajo, aumentar la participación en consejos, juntas, comisiones clínicas y entender el modo de operar de la organización. Hacerlo de forma sistemática y formal para mejorar la calidad y contribuir a la mejora de la atención, no sólo porque sea un requisito legal, sino porque mejora la asistencia a la población, facilita la orientación de la organización al ciudadano, potencia su propio desarrollo profesional y la carrera profesional y contribuye a reforzar el papel de la profesión en la organización sanitaria”. ■

Según un informe de la OMC

Crecen las diferencias salariales entre los médicos rurales

La Organización Médica Colegial (OMC) ha presentado recientemente el informe "Retribuciones de médicos de Atención Primaria rural en España" en el que se analizan las diferencias retributivas de los médicos rurales españoles entre distintas comunidades y respecto al resto de países de la Unión Europea.

Según el autor del estudio, Vicente Matas, "el estudio demuestra las grandes diferencias retributivas que aún persisten y que se han incrementado significativamente en el año 2009". Así, por ejemplo, se analizan cuatro tipos de médicos de Atención Primaria rural, y se



ve cómo sus retribuciones fijas medias quedan muy lejos de las de otros países europeos (que hace años estaban entre los 60.000 y 90.000 euros anuales) que además ofrecen unas condiciones laborales mejores y una dedicación horaria menor.

En términos generales, las retribuciones fijas brutas de estos cuatro tipos de médicos rurales oscilan entre 59.963 y

78.460 euros/año de media (más de un 30% de diferencia), y si se hace la comparación de cada uno de dichos tipos entre las diferentes comunidades estas diferencias llegan a ser del 48%.

En lo que respecta a las retribuciones fijas netas, la media oscila entre 43.403 y 54.528 euros/año (más de un 25% de diferencia) y si se comparan las comunidades las diferencias llegan hasta el 46% entre unas y otras. Además, tal como señala el estudio "son discriminatorias con otros empleados públicos del mismo nivel, a los que no se exige tan importante nivel de formación, responsabilidad y amplitud de horario". ■

Jesús San Miguel, Premio Severo Ochoa de Investigación

La ministra de Ciencia e Innovación, Cristina Garmendia, entregó al profesor Jesús San Miguel, catedrático de Hematología de la Universidad de Salamanca, en CaixaForum Madrid, el Premio Severo Ochoa de Investigación Biomédica que otorga la Fundación Ferrer Investigación, por su trabajo en el campo del mieloma. El premio, dotado con 40.000 euros y una medalla conmemorativa, se otorga desde 1985 y, desde su inicio, ha sido

concedido a destacados investigadores españoles.

Para la edición de este año, la candidatura del doctor San Miguel, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca e investigador principal del Centro de Investigación del Cáncer, resultó elegida de entre otros veinte trabajos de elevado nivel científico. ■



Jesús San Miguel en el momento de recibir el Premio de manos de la ministra Garmendia.

Lilly recibe el premio Codespa a la Empresa Solidaria

El proyecto de Lilly "Transferencia de Esperanza" ha sido galardonado recientemente con el premio "Empresa Solidaria" con el que la Fundación Codespa reconoce públicamente el compromiso de las empresas con la acción social a favor de los países menos desarrollados. El premio le fue entregado al presidente y director general de Lilly España, Eric Patrouillard, por SAR el Príncipe de Asturias quien destacó la importancia de estos premios para reconocer e incentivar la labor del tejido empresarial como actor que da respuesta a los problemas de la sociedad. El objetivo de "Transferencia de Esperanza" es erradicar la tuberculosis multirresistente, su estigmatización y conseguir un mayor compromiso de los pacientes en el tratamiento. Para ello, trabaja desde un enfoque multidisciplinar con cinco frentes distintos: tratamiento, formación y seguimiento; transferencia de tecnología; concienciación y prevención; ayuda a la comunidad y defensa del paciente; y apoyo a la investigación de nuevos fármacos. ■

En el Hospital Xanit Internacional

Primer implante de prótesis aórtica percutánea en un centro privado

El Hospital Xanit Internacional ha sido el primer centro hospitalario español, exclusivamente privado, en llevar a cabo un implante de prótesis aórtica percutánea. La intervención se realizó en un paciente varón de edad avanzada con estenosis aórtica y reintervenido en varias ocasiones, finalizándose con éxito y experimentando éste una rápida y satisfactoria evolución. A pesar de que esta técnica ya se emplea desde hace un par de años en nuestro país, y que varios centros públicos (así como un hospital concertado) la emplean en determinados pacientes para hacer frente a la valvulopatía más común, es la primera vez que un hospital exclusivamente privado la ha practicado. Un equipo quirúrgico liderado por el cardiólogo intervencionista José María Hernández García (que acumula una amplia experiencia con este tipo de técnica con más de 100 casos realizados) ha sido el responsable de realizar el implante. ■

Carestream Health presenta sus novedades en SERAM 2010

Carestream Health estuvo presente este año en el Congreso de la Sociedad Española de Radiología Médica, celebrado en A Coruña entre el 29 y el 31 de mayo, donde presentó sus principales novedades. Una de las más destacadas fue el DRX-1 (único detector inalámbrico del mundo), el sistema de radiología móvil DRX-Mobile y la última novedad en Europa en salas de radiología digital automatizada, expuesta por primera vez en España: el DRX-Evolution.

Asimismo, se presentó la nueva Versión 11 de la solución de administración de información para radiología RIS (Radiology Information System), y de almacenamiento y distribución de imágenes: PACS (Picture Archiving and Communication System). Esta versión innovadora ofrece más herramientas para la visualización y la gestión de la imagen, como es el PowerViewer; la nueva plataforma SuperPACS®, una solución que facilita la comunicación entre distintos centros, ayudando a una mejor colaboración entre los radiólogos. Además, Carestream Health presentó sus sistemas de captura en mamografía y sus sistemas de impresión láser. ■

www.esteve.com

ESTEVE
más cerca

Estamos allí.
Cerca.

Cerca. Es nuestro compromiso con la investigación.

Nos sentimos comprometidos con la innovación y la investigación. Forman parte de nuestra esencia. Lo demuestran todos los proyectos en los que colaboramos, como el de una **vacuna contra el sida.**

Rendimientos de pagos en especie

Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany*

Capital mobiliario

He domiciliado mi nómina en el banco y éste me ha regalado un televisor. ¿Qué repercusión tiene este regalo en el IRPF?

En primer lugar, debe saber que la percepción de ese televisor o un juego de maletas, por ejemplo, que le haya "regalado" el banco está sujeto a su IRPF, del mismo modo que están los intereses que le abona como contraprestación del depósito de sus ahorros. Los intereses tienen la consideración de rendimientos del capital mobiliario, se integran en la base imponible del ahorro y tributan en 2009 al 18 por ciento (al 19 por ciento a partir del 1 de enero de 2010).

Asimismo, el televisor o las maletas, o el regalo que sea, tienen la consideración de rendimientos del capital mobiliario en especie, y también se integran en la base imponible del ahorro. Del mismo modo que por los intereses le habrán practicado una retención del 18 por ciento, por el regalo que haya recibido a cambio de su nómina, el banco le habrá practicado un ingreso a cuenta del 18 por ciento.

Por tanto, si le han regalado un televisor a cambio de domiciliar su nómina, tenga en cuenta que en su declaración de la renta debe incluir como rendimiento del capital mobiliario en especie el resultado de sumar al valor de mercado de dicho televisor el importe del ingreso a cuenta realizado por su banco, salvo en el supuesto en que dicho ingreso a cuenta le hubiera sido repercutido, es decir, que el banco se lo haya cargado en su cuenta corriente. El ingreso a cuenta debe haberlo determinararlo su banco aplicando el 18 por ciento al resultado de incrementar en un 20 por ciento el coste para el banco del televisor entregado.

Por ejemplo, si ha recibido un televisor valorado en 700 euros, pero al banco le ha costado 500 euros, lo que ocurre es lo siguiente:

- 1. Ingreso a cuenta practicado por el Banco:** 18 por ciento sobre el 120 por ciento de 500 euros: 108 euros.
- 2. Importe a incluir en la base imponible del ahorro** de su IRPF si el banco no le repercutió el ingreso a cuenta: 700+108 euros: 808 euros.
- 3. Cuota íntegra** si fuera el único ingreso: 145,44 euros.
- 4. Menos ingreso a cuenta** de 108 euros: a pagar, 37,44 euros.
- 5. Importe a incluir en la base imponible del ahorro** de su IRPF si el banco le repercutió el ingreso a cuenta: 700 euros.
- 6. Cuota íntegra** si fuera el único ingreso: 126 euros.
- 7. Menos ingreso a cuenta** de 108 euros: a pagar, 18 euros.

Trabajo

Tengo coche de la empresa. ¿Qué tratamiento tiene el Impuesto sobre la Renta?

Si ése es su caso, debe saber que la entrega de un coche o su utilización para fines particulares tiene la consideración de rendimientos del trabajo en especie y, por tanto, tiene que tributar por ello. La tributación será diferente dependiendo del uso que le dé al coche. De este modo, si su empresa le cede un coche que utiliza exclusivamente para fines particulares, la retribución en especie que percibe será el 20 por ciento anual del valor del coste de adquisición del coche (si es propiedad de la empresa) o el 20 por ciento del valor de mercado que le correspondería al coche.

Por ejemplo, si su empresa adquiere un coche por 30.000 euros y se lo cede para uso exclusivamente particular, la retribución en especie que percibe es la siguiente:

1. Valor de la retribución en especie anual (20 por ciento sobre 30.000 euros): 6.000 euros.
2. Si la utilización del coche es tanto para fines profesionales como particulares, la

» Si su empresa le cede un coche que utiliza exclusivamente para fines particulares, la retribución en especie que percibe será el 20 por ciento anual del valor del coste de adquisición del coche

» Si durante el año 2009 estuvo inscrito en la oficina de empleo y por motivos laborales tuvo que mudarse a otra ciudad, podrá aplicarse la reducción por movilidad geográfica de rendimientos netos del trabajo

retribución será proporcional a la disposición que tenga del mismo para uso particular.

3. Asimismo, si su empresa no le cede el coche, sino que se lo entrega (cambia la titularidad a su nombre), la retribución en especie para usted será el coste de adquisición del coche para su empresa, incluidos los gastos y tributos que gravan la operación.

Sobre la retribución en especie la empresa le habrá practicado un ingreso a cuenta que funciona de la misma manera explicada antes para los rendimientos del capital mobiliario, si bien el tipo del ingreso a cuenta no habrá sido el 18 por ciento, sino el que correspondía según sus rendimientos del trabajo.

Vivo en un apartamento que la empresa me ha facilitado. ¿Lo tengo que declarar?

Si ése es su caso debe saber que, al igual que la cesión o la entrega de un coche, la puesta a disposición de una vivienda por parte de su empresa tiene la consideración de rendimientos del trabajo en especie y, por tanto, tiene que tributar por ello en su IRPF. Tanto si su empresa es propietaria de la vivienda como si la alquila a un tercero para posteriormente ponérsela a su disposición, la retribución en especie se valora aplicando el 10% del valor catastral de la vivienda o el 5% si el valor catastral está revisado o modificado y ha entrado en vigor a partir del 1/1/1994. Lógicamente, su empleador deberá practicarle el correspondiente ingreso a cuenta sobre este rendimiento del trabajo en especie e ingresarlo en el Tesoro a cuenta de su IRPF.

Es importante señalar que esta retribución tiene como límite el 10% de las restantes contraprestaciones del trabajo. De esta manera, si la valoración diera un importe superior al 10% de las restantes contraprestaciones del trabajo, la renta a computar sería sólo del indicado 10%. Asimismo, es importante tener en cuenta que si su empresa abona los gastos de comunidad y de mantenimiento de la vivienda, éstos tienen para usted también la consideración de rendimiento del trabajo en especie. En el supuesto de que sea usted quien abone el alquiler de la vivienda y poste-

riormente su empresa le resarza ese alquiler, dicha retribución no tendrá la consideración de rendimiento del trabajo en especie, sino dineraria y, por tanto, no le será de aplicación el límite del 10% antes indicado.

Reducciones sobre los rendimientos del trabajo

Me he mudado a otra ciudad por motivos laborales. ¿Cuál es la repercusión que tiene este hecho en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas?

Si durante el año 2009 estuvo inscrito en la oficina de empleo y por motivos laborales tuvo que mudarse a otra ciudad, podrá aplicarse la reducción por movilidad geográfica de rendimientos netos del trabajo (salario menos gastos deducibles). El importe de esta reducción dependerá del rendimiento neto del trabajo que obtuvo.

Así, si su rendimiento neto fue inferior a 9.180 euros, puede deducirse 4.080 euros; si su rendimiento neto del trabajo estuvo entre 9.180,01 euros y 13.260 euros, el importe de la reducción será igual a 4.080 euros menos el resultado de multiplicar por 0,35 la diferencia entre el rendimiento del trabajo y 9.180 euros anuales; y si su rendimiento neto del trabajo fue superior a 13.260 euros, el importe de la reducción será de 2.652 euros. Esta reducción es aplicable durante el año en el que se produzca el cambio de residencia y el siguiente.

Si, por ejemplo, un médico valenciano desempleado e inscrito en la oficina de empleo aceptó en 2009 un puesto de trabajo por cuenta ajena en Madrid, cuyo rendimiento neto del trabajo ascendió a 48.000 euros, éstas serían las cuentas a realizar:

1. Rendimiento neto del trabajo: 48.000 euros.
2. Reducción por rendimientos del trabajo: 2.652 euros.
3. Reducción por movilidad geográfica: 2.652 euros.
4. Reducción total aplicable: 5.304 euros.

Esto implicará que el rendimiento neto reducido de este médico en concreto ascenderá a 42.696 euros. ■

Consejería de Sanidad de Canarias

Mercedes Roldós Caballero: "Nuestro reto es lograr la sostenibilidad del sistema"



Mercedes Roldós Caballero,
consejera de Sanidad de Canarias.

PREGUNTA. *Defina las principales líneas de actuación de la actual política sanitaria en Canarias.*

RESPUESTA. El eje de nuestra actividad gira siempre entorno al paciente. Y nuestra prioridad es que éste sea atendido de forma rápida, segura y con los máximos niveles de calidad. Para ello, durante la presente legislatura hemos fomentado la participación ciudadana a través de los Consejos de Salud y las Comisiones de Participación Hospitalaria. Además, hemos puesto en marcha un Plan de Humanización con el objetivo de promover una nueva cultura de la salud y una atención sanitaria integral, humanizada y de calidad. Otro de los pilares es la medicina basada en la evidencia, para lo que estamos colaborando estrechamente con las sociedades científicas en la elaboración de Guías y Protocolos Sanitarios, además de impulsar la actividad docente e investigadora. Un tercer pilar serían las nuevas tecnologías, un campo que ofrece nuevas y eficaces herramientas a nuestros profesionales y que, sobre todo, facilita la accesibilidad al sistema a nuestros pacientes.

P. *Teniendo en cuenta las dificultades logísticas de un archipiélago, ¿qué papel ocupan la telemedicina y la teleasistencia en la sanidad de su comunidad?*

R. Canarias ha iniciado una política de impulso de los sistemas de información implantando el sistema de tarjeta sanitaria individual, la historia clínica electrónica, la receta electrónica o el control y registro de la actividad asistencial concertada. También hemos desarrollado un sistema de información de carácter económico financiero. Es cierto que el Sistema Canario de la Salud presenta unas características peculiares respecto al resto de sistemas autonómicos, por nuestra configuración geográfica como región ultraperiférica formada por ocho islas (incluida La Graciosa), por el incremento de la población, el crecimiento de la de más de 65 años y la visita de 12 millones de turistas al año. Vistos estos factores diferenciales, la Consejería ha querido incrementar la eficacia y eficiencia de la sanidad canaria con la implantación, desarrollo y uso de las TIC. Para ello hemos elaborado el Plan Estratégico de Tecnologías y Sistemas de Información (PETSÍ) que pretende acercar los servicios médicos al ciudadano a través de la telemedicina.

P. *La e-receta es ya casi una realidad para la Islas, ¿en qué punto se encuentra la implantación?*

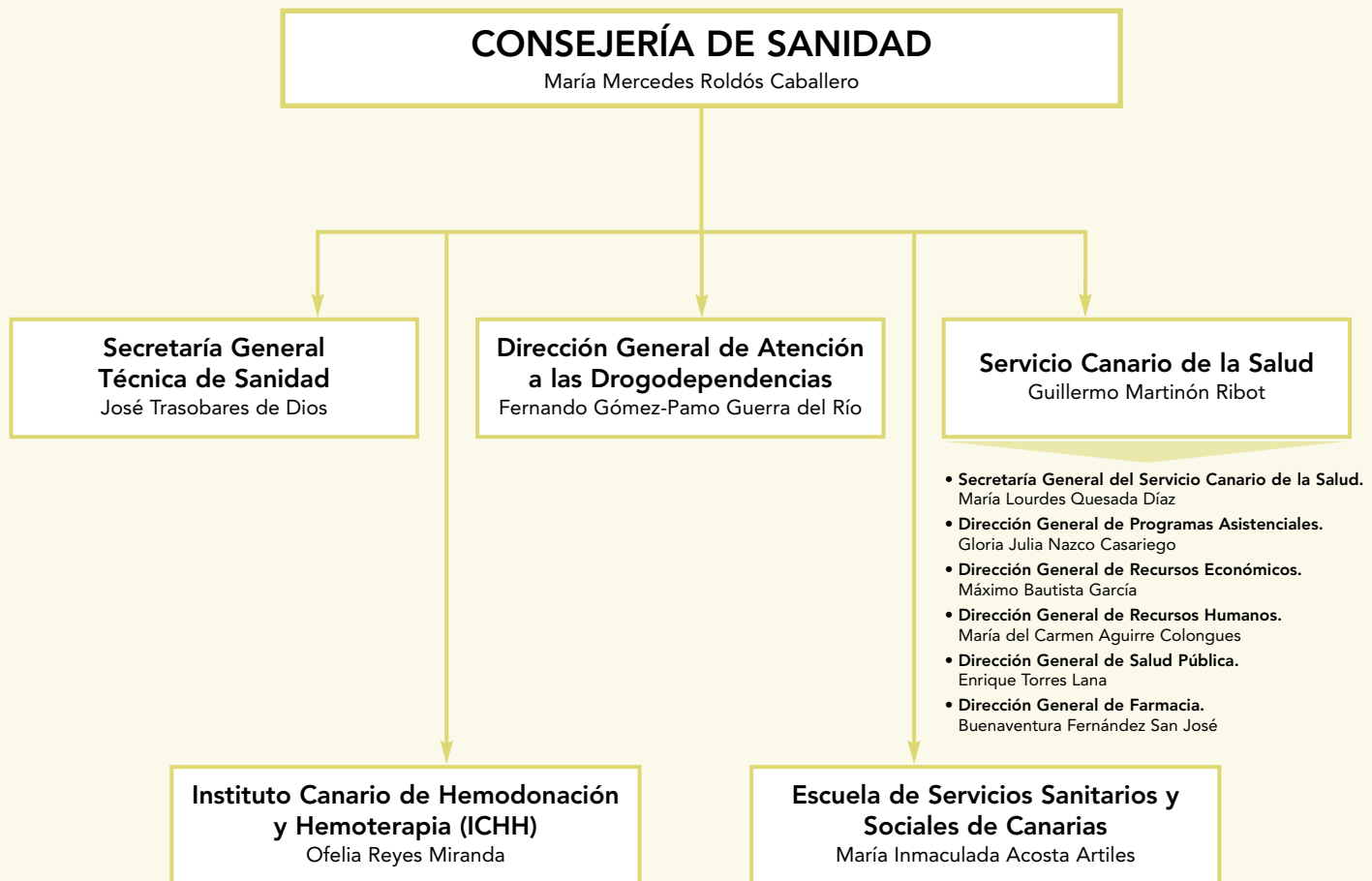
R. Durante 2010 completaremos la implementación de la receta electrónica de Atención Primaria en toda Canarias, una de las comunidades autónomas pioneras en finalizar la extensión en todo su territorio. Como ocurre siempre que se pone en marcha algo novedoso, en los primeros días existe un poco de confusión tanto entre los usuarios como entre los profesionales sanitarios, pero una vez solventados estos pequeños problemas de manejo, esta herramienta nos permitirá mejorar el control el gasto farmacéutico y elevar los niveles de calidad de la prescripción farmacológica.

P. *¿Qué campos de investigación sanitaria están siendo desarrollados en el Archipiélago?*

R. La Consejería de Sanidad, a través de la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS), lleva a cabo actividades de investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud en consonancia con las necesidades de los ciudadanos de Canarias. Así, se está investigando en las siguientes líneas: enfermedades cardiovasculares y genética de las mismas; progresión de las enfermedades renales e inflamatorias; asma bronquial, enfermedades respiratorias, onco-hematológicas, cirugía experimental, células madre; y misceláneas. La política de investigación llevada a cabo por esta Consejería está, además, en sintonía con el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+i) y contempla las políticas de investigación en el Espacio Europeo de la Investigación Biomédica. En este sentido la Consejería financia año tras año una media de 16 proyectos. Además, FUNCIS gestiona fondos de otros organismos/empresas para el desarrollo de ensayos clínicos y estudios observacionales, comerciales y no comerciales.

P. *¿Cuáles son los retos que afronta la sanidad canaria en los próximos años?*

R. El principal reto de la sanidad canaria es hacer frente al grave problema de sostenibilidad del propio sistema y poder hacer frente a los cambios que se están produciendo en nuestra sociedad, cada vez más envejecida y con mayor prevalencia de las enfermedades crónicas. Otro de nuestros objetivos es mejorar la educación sanitaria de la población y seguir fomentando los hábitos de vida saludables, que son los elementos para potenciar la corresponsabilidad de los ciudadanos en su salud y articular nuestras políticas preventivas. Y, por último, adecuar el número de profesionales y especialidades a las necesidades reales de nuestra Comunidad Autónoma. ■



NOTICIAS/ACTUALIDAD

Actualización del Programa de Salud Infantil

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, a través de la Dirección General de Programas Asistenciales, ha actualizado el Programa de Salud Infantil de Canarias con mayores repercusiones y que sean susceptibles de intervenciones eficaces. Este programa da cobertura al 95% de los menores de las Islas y tiene como objetivo contribuir al adecuado desarrollo de la población infantil, mediante la promoción de estilos de vida saludables, la detección precoz y el abordaje integral de los problemas de salud más prevalentes.

Más de 150 certificaciones de calidad por la excelencia de los servicios

Los centros sanitarios adscritos a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias recibieron más de 150 certificaciones de reconocimiento a la calidad de sus servicios durante el año 2009. Entre ellos, destacan los nueve certificados ISO conseguidos por el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, así como el premio Best in Class al Servicio de Medicina Intensiva como el mejor de España. Por su parte, el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín recibió el Sello de Excelencia Europea +400.

Por la racionalidad en el uso de medicamentos

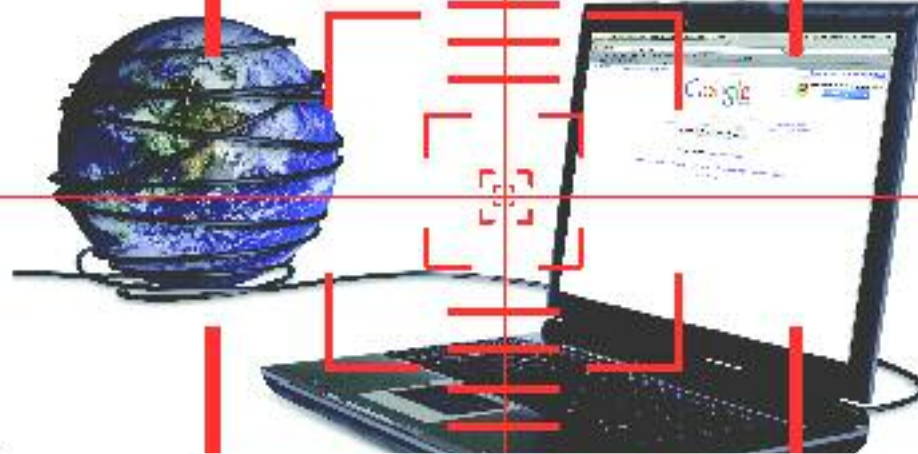
La Consejería de Sanidad de Canarias ha puesto en marcha un Plan de Uso Racional del Medicamento (URM) para Pacientes Crónicos Polimedicados que fomenta la autoresponsabilidad del paciente en sus cuidados y le proporciona medios para mejorar su cumplimiento terapéutico, al tiempo que incide en la educación sanitaria. El Plan consiste en la captación, en todos los centros de salud de Canarias, de pacientes crónicos que toman seis o más medicamentos de forma continuada al menos durante los seis meses previos.

Protocolo específico de atención a la transexualidad

El Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales es un proyecto de la Consejería de Sanidad Canaria que tiene como objetivos específicos formar a los profesionales de salud en el abordaje diagnóstico-terapéutico de las personas transexuales y establecer los circuitos de información y coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales que faciliten la continuidad de la atención. Dicho Protocolo describe las actuaciones a realizar en Atención Primaria para normalizar la atención a estas personas y asegurar su remisión a las Unidades de Atención a Transexuales.

Márketing sanitario

A la **caza** del **paciente** a través de las **redes sociales**



Las nuevas posibilidades de divulgación y mercado que ofrece Internet, como las redes sociales, están siendo empleadas por la sanidad privada para la realización de un márketing sanitario que emerge desde el fondo de la crisis económica.

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

Los cambios en el modo de hacer y de organizarse, que las instituciones sanitarias españolas vienen experimentando en los últimos años, tienen consecuencias en el modo de planificar los procesos asistenciales, con el valor añadido de obtener la satisfacción del paciente. Por lo que detectar las debilidades e ineficiencias de los procesos de atención al paciente es una necesidad de la práctica asistencial que no siempre resulta fácil de resolver.

De ahí que definir cuál es el principal método para proporcionar a los pacientes unos cuidados integralmente satisfactorios sea el objetivo prioritario del *márketing* sanitario, tanto en la sanidad pública como en la privada. Siempre pensando en cómo satisfacer mejor las necesidades del cliente, paciente o usuario.

Pero las dificultades del entorno -de crisis económica aguda- y los nuevos soportes o herramientas que proporciona Internet, como las redes sociales, obligan al *márketing* sanitario a desarrollar una crea-

tividad y comunicación diferente, de cara a mantener una política de captación de pacientes.

¿Cómo es y debería de ser esa creatividad y comunicación? Para contestar a esta y otras cuestiones, *Medical Economics* organizó en su sede una mesa redonda en la que participaron José María Catalán Sesma, miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y fundador y ex presidente de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS); Juan José Fernández Ramos, médico de Familia y gerente del Hospital Moncloa de Madrid, del Grupo Asisa; Juan Carlos Serra Bosch, licenciado en Farmacia, socio director de Market in Red y presidente de la Fundación Barcelona European *Márketing* Institute; y Julián Zabalá Pino, licenciado en Ciencias Económicas y director de Comunicación de Farmaindustria. Del debate, moderado por José María Martínez y Gonzalo San Segundo, directores asociados de la revista, publicamos a continuación un amplio resumen.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Cómo se ha utilizado el *márketing* en la Sanidad, tanto en la industria farmacéutica como en el sector hospitalario?*

JOSÉ MARÍA CATALÁN: La comunicación, y más en los tiempos que vivimos, hay que entenderla en su aspecto global. Hablamos de cómo se comunican las cosas al paciente, a su familia, de cómo se comunica al usuario sano. ¿Cuál es la misión del *márketing*? ¿El enfermo es el paciente o es el conjunto global? El pasado ha estado lleno de dificultades porque nadie sabía lo que estábamos haciendo o a dónde queríamos llegar. Una vez que se nos ha aclarado el camino y vemos claro que el objetivo es el paciente o el usuario, vamos viendo que tenemos muchos más cauces para entendernos en ese mundo global. En esta situación que estamos viviendo nos damos cuenta de que o tenemos un concepto global de la comunicación o nos vamos a quedar cojos por todas partes. Creo que el ver problemas a nivel micro no nos deja ver la realidad global, y esa realidad global es que tú no puedes ir contracorriente porque te vas a estrellar. Hemos tenido grandes problemas para comunicar los mensajes sanitarios y grandes dificultades para entendernos entre el comunicador y el interlocutor, quizá por ese desconocimiento de base que teníamos y por ese no ver el concepto global, que es lo que estamos empezando a ver ahora.

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ: Yo era gerente por los años 80 y soy gerente en 2010. Recuerdo el no existir gabinete de prensa ni en las consejerías, y en la privada la prensa era una anécdota y ya no digamos el *márketing*. Hacíamos *marketing* en las compañías de seguros como algo inherente del producto, pero no tanto de comunicación. Desde hace años tengo en mi equipo directivo una periodista, y esto es un cambio de tendencia absoluto, donde se busca por primera vez hablar de comunicación interna y externa y, en el caso de la privada, de cómo vendemos nuestros productos, cómo respondemos a la sensación de satisfacción o insatisfacción del paciente y cómo evaluamos esto y vamos radicando los productos y cómo vamos radicándonos en el mercado; y, en el caso de la pública, cómo respondíamos a la presión mediática y a la presión política, que es una presión complicada y para la que los gestores públicos no están orientados ni entrenados. Estoy mucho más cómodo con una periodista en mi equipo directivo, porque es cierto que nos cambia la visión a todos: el director médico ya no piensa solamente en recursos y en gestionar personas, sino que piensa también en el cliente, en cómo evaluarlo.

JOSÉ MARÍA CATALÁN: Está bien esa idea. Cuando en 1995 creamos la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS), una de las ideas claras que tuvimos es qué era la información sanitaria; era todo el cauce de



“Es muy difícil justificar argumentalmente, desde la óptica racional, que la industria no pueda informar sobre medicamentos”

– José María Catalán Sesma

comunicaciones de todo tipo y por eso entendimos que una asociación de ese tipo o era para dar cabida a todos los comunicadores en temas de salud, o no iba a tener mucho sentido en el mundo al que íbamos a llegar.

JULIÁN ZABALA: La comunicación y el marketing pertenecen a dos planos distintos, que a veces coinciden y a veces trabajan juntos. A veces la comunicación es un servicio y a veces es un elemento promocional. El marketing se puede definir en dos palabras: como todo aquello que se hace para posicionar en el mercado un producto. Se trata, por tanto, de algo promocional con un tinte comercial, que a veces puede requerir de la comunicación como una herramienta, pero entendiendo que la comunicación es un concepto mucho más amplio. ¿El objetivo es el paciente o es la empresa? Depende de cómo lo queramos interpretar. Depende de dónde parta, a quién me dirijo o para quién lo hago.

En general, en el ámbito sanitario por muchos motivos la palabra marketing tiene unas connotaciones negativas, sobre todo en cuanto se vinculan a la parte de negocio, a una parte pública de dar a conocer un producto público o un servicio, y eso es algo que envenena y contamina todas las actividades relacionadas con esa actividad del marketing. Y dentro del marketing sanitario privado hay muchas ramas: el marketing sanitario de la ciru-

gía estética, el marketing sanitario de los hospitales privados y el marketing sanitario de la industria farmacéutica que, a su vez, también tiene sus causas, sus consecuencias y sus perspectivas. El hecho de que no cambie o tarde mucho en cambiar la percepción pública o connotaciones sociales del marketing sanitario y, en mi caso, farmacéutico, condiciona tanto la actividad que es un elemento más del juego.

JUAN CARLOS SERRA: Tanto en hospitales como en seguros, existía un marketing como tal, es decir, había unos clientes que captar de alguna forma, quizá de una forma muy rudimentaria, y donde estaba más o menos organizado era en la industria farmacéutica. Pero incluso la industria farmacéutica también ha ido evolucionando. De hecho, en la industria farmacéutica no existían expertos de comunicación hasta hace relativamente poco.

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ: Estamos evolucionando muy por detrás de otros sectores. ¿Quién evoluciona, la industria farmacéutica, los hospitales? Es el cliente el que evoluciona en el siglo XXI, debido, sobre todo, a Internet. El paciente está más informado, es más exigente también, y todo lleva a que, por una parte, no sólo la industria farmacéutica tiene que informar, sino que todas las instituciones que están en contacto con el paciente o con el usuario deben hacer algo más por ese paciente. Antes, la acción era unidireccional, en el marketing farmacéutico sobre todo. Pero desde hace una década los más avanzados han pensado que esto es inviable. Hay que hacer intervenir a nuestro cliente primero, que es el médico o el farmacéutico, y de alguna forma todo ello debe llegar al final al usuario. Y por eso entre todos estamos intentando evolucionar la comunicación, las formas de comunicación, las herramientas de comunicación.



JOSÉ MARÍA CATALÁN SESMA

“Hemos tenido grandes problemas para comunicar los mensajes sanitarios y grandes dificultades para entendernos entre el comunicador y el interlocutor”.

– José María Catalán Sesma



JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ RAMOS

“Vamos a desarrollar el marketing sanitario teniendo en cuenta los nuevos escenarios, como las redes sociales en Internet”.

– Juan José Fernández Ramos

MEDICAL ECONOMICS: *¿Deberían tener formación en marketing sanitario los profesionales de la Sanidad?*

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ: Vamos a ubicar los escenarios. Yo tengo dos papeles diferentes: mi compañía, como tal, crea pólizas sanitarias y tiene un departamento de marketing espectacular y una persona de comunicación; yo, en mi parte asistencial, tengo una persona de comunicación y voy a incorporar una persona de marketing para alimentar mis grandes cuentas y mi cartera de servicios. Partimos de que no todos los gerentes de hospitales hemos pasado por escuelas de negocios, con lo cual no pidamos peras al olmo. Si tu responsable de comunicación es bueno, hace que tus médicos aprendan a comunicar, hace que tu organización entienda que tiene que haber una entidad de marca, una entidad corporativa, y eso te ayuda como una herramienta magnífica en la gestión. Y llega un momento en que tus propios médicos te piden el apoyo de tu responsable de comunicación cada vez que tienen que ir a presentar algo, y te aprovechas y colocas tu imagen de marca, y detrás de eso colocas tu cartera de servicios. Y haciendo comunicación haces marketing.

JOSÉ MARÍA CATALÁN: El concepto de sanidad pública condiciona todo lo que se relaciona con la salud y hace que todo se refiera al mundo de la salud pública. Hay cosas que en la pública van bien y en la privada van mal, o cosas que en la privada se entienden y en la pública no, y eso afecta a la política de recursos humanos, a la política de comunicación, a la política de marketing, siendo el mismo concepto, que es la salud. Por ejemplo, en el tema de información está comúnmente aceptado, pero no reflexionado, que la industria farmacéutica no pueda dar información al público en general sobre sus medicamentos. Nadie lo cuestiona, pero en cuan-



"En estos tiempos de crisis, hay que buscar un producto nuevo, y el turismo sanitario ahora es un objetivo para nosotros"

– Juan José Fernández Ramos

to haces una segunda reflexión con un mínimo de capacidad crítica, ves que es muy difícil justificarlo argumentalmente desde un punto de vista racional.

El argumento al que se acude generalmente para justificar esta imposibilidad legal de hacerlo es porque el medicamento es un bien público que afecta a no sé qué y entonces es muy peligroso. Y dices: pero un hospital privado puede hacer, no ya información, sino publicidad, sin ningún rubor, de determinadas intervenciones, y nadie se cuestiona si eso se puede hacer o no. ¿Cuál es la realidad de por qué la industria farmacéutica no puede informar directamente a sus usuarios de sus productos? Creo que es obvia. Bajo el maquillaje de la salud hay razones de fondo mucho más poderosas que lo explican, porque en cuanto se destripa racionalmente el argumento no se sostiene. Pero es un ejemplo de cómo el hecho público condiciona toda la actividad sanitaria de los profesionales.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Cómo se ve desde Farmaindustria la información de medicamentos en Internet? ¿Un laboratorio puede informar acerca de sus fármacos en la Red?*

JULIÁN ZABALA: No, a los laboratorios no les permiten hacer eso. La información que hay en Internet al respecto de medicamentos nunca, y si no les sancionan, procede de un laboratorio farmacéutico. Si hubiese un fiscal



JUAN CARLOS SERRA BOSCH

"No veo necesario que el médico esté formado en marketing sanitario, salvo si lo considera como

un área de mejora. Cada uno tiene que ser bueno en lo que hace".



JULIÁN ZABALA PINO

"El marketing sanitario, si es bueno, hará que la buena calidad sea más conocida y, por tanto,

al final venderá más la buena calidad que la mala calidad".



"En este momento diría que captar clientes en la sanidad privada es complicado. Es mejor fidelizar a los que ya se tienen"

– Juan Carlos Serra Bosch

universal de Internet para garantizar que la única información sobre un medicamento procediese de agencias públicas gubernamentales, quizá podríamos mantener esto, pero como la realidad es que no es así, sino que un porcentaje mayoritario de la información sobre medicamentos procede de otras fuentes distintas sin consultar, sin autorizar y sin ninguna garantía, estamos ante un problema de salud pública que no se puede solucionar. Internet no es un medio de comunicación, es una plaza pública y nadie puede regular; con lo cual, o intervenimos de formas mucho más honestas con nosotros mismos, o estaremos teniendo un problema. Recientemente, el director general de Google en España nos comentaba que en 2009 por primera vez los criterios mayoritarios de búsqueda en Google habían sido de salud. Tradicionalmente, el número uno eran cuestiones de sexo, y en 2009, con la aparición de la gripe A, las palabras claves relacionadas con la salud desbancaron al sexo.

JUAN CARLOS SERRA: Yo no veo necesario que el médico esté formado en marketing sanitario. Si está en la gestión sanitaria, entonces quizá sí, pero no para que la ejerza él, sino para tener un responsable de marketing que en cuanto hable con él sepa necesidades, qué le dice, etcétera. En IADE tenemos médicos, incluso en el máster de marketing farmacéutico, para formar. Cada uno tiene que ser bueno en lo que hace. Otra cosa es la última tendencia que se hace desde hace tres años, que es el desarrollo profesional continuo, es decir, dar al médico posibilidades de que evalúe áreas de mejora y escoja hacia dónde quiere ir. Ofrecemos herramientas, como el marketing sanitario, para que el profesional vea qué áreas de mejora puede tener en función de lo que quiera ser en el futuro.

JULIÁN ZABALA: La industria farmacéutica encabeza algún que otro ránking. Uno es el de las leyendas urbanas, mitos y noticias

varias, que en cuanto los sometes a un análisis ves que no tienen sentido. Y en el ámbito de la promoción farmacéutica hay tanto mito hoy... Una cosa es que se cometieran barbaridades antaño, que se hacían, y otra cosa es todo lo que se dice de esa parte oscura de la industria farmacéutica. En la industria farmacéutica se compete en los diez años antes de que el medicamento salga al mercado, que es la investigación y el desarrollo del medicamento. Y el médico no es incentivable y, además, tiene un problema: que toma sus decisiones en función del paciente que tiene que atender. Y es muy raro, o no siempre ocurre, que un médico pueda realmente elegir entre medicamentos. Al final, los medicamentos que más se venden son los mejores medicamentos. Y luego hay un pequeño porcentaje donde influye la promoción.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Hace algo la industria farmacéutica para desmontar todos esos mitos?*

JULIÁN ZABALA: No. El no aclarar esos mitos puede tener dos explicaciones: la voluntarista o la incapacitación. No lo hace porque no quiera, sino porque no sabe o no puede o no tiene capacidad. Hay lugares comunes a los que acudimos todos intuitivamente en todos los ámbitos, y en el ámbito de la Sanidad un lugar común muy cómodo para todos, porque no tiene respuestas ni contrapuntos casi nunca, es que la industria farmacéutica es mala. Es un lugar común muy cómodo porque el de enfrente no se queja, porque es nadar a favor de corriente, nadie te va a llevar especialmente la contraria, y es un lugar común muy normal porque para pensar lo contrario seguramente te lo tienes que saber. Pero ese lugar común es algo contra lo que la industria farmacéutica no ha sabido luchar, entre otras cosas porque históricamente no le ha supuesto un problema en su actividad comercial, pero hoy ya es un problema en su actividad comercial que hay que solucionar. Pero como llevamos 30 años de retraso de no haberlo solucionado, y no hay cultura de comunicación o de marketing social en las compañías ni recursos ni infraestructura para hacerlo, resulta que tenemos la obligación sectorial de arreglar esa disfunción sensorial o de percepción social, no sabemos cómo hacerlo. La sociedad no tiene una mala imagen de la industria farmacéutica, ni mucho menos, lo que pasa es que los que la tienen mala o muy mala gritan más que los que la tienen

normal, buena o muy buena, y parece que eso empapa todo. Y a lo mejor los que gritan más son los que están en las redacciones.

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ: ¿Cómo puedes vender en un hospital regulado y una distribución farmacéutica regulada? El problema no es de marketing, sino de comunicación. Pero nosotros necesitamos hacer marketing porque es que la gente te viene con auténticos destrozos por técnicas sanitarias hechas en circuitos no hospitalarios, como en pisos, en centros de estética, en peluquerías, salas de masaje...

MEDICAL ECONOMICS: *¿Cómo captar clientes o pacientes en un entorno de crisis económica?*

JUAN CARLOS SERRA: Desde el punto de vista de un usuario que puede incorporarse a la parte privada, yo lo veo complicado hoy en día. Es decir, yo tengo mi seguro privado hace años, pero si no lo tuviera, ahora probablemente no me daría de alta. Que me cuenten lo que quieran, pero yo me espero. Tengo la pública que funciona, ¿para qué tengo que buscar una privada? Es "por si acaso", es "por si mis hijos", es "por si...". Me espero. En este momento diría que captar clientes en la privada es complicado. Fidelizar, sí.

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ: El objetivo de mi compañía es fidelizar lo que tienes y punto. El privado en los pueblos que venía con el *cash* y lo ponía en el mostrador ha caído drásticamente. Han cerrado muchas clínicas privadas y en las pequeñas hay problemas. Pero yo he captado profesionales magníficos, he incrementado mi cartera de servicios, hemos abierto nuestros centros y, como no hay tanta provisión, hemos vendido más que nunca. Es un movimiento aprovechando la crisis. Hay que echarle imaginación, hay que buscar un producto nuevo. El turismo sanitario ahora es un objetivo absoluto para desarrollarlo. Lo hemos desarrollado en nuestros hospitales de Levante y ahora en Madrid empieza a interesarnos mucho. De hecho, damos turismo sanitario también a Madrid.

JUAN CARLOS SERRA: A los farmacéuticos siempre les digo lo mismo, que hay dos velocidades en la oficina de farmacia: los farmacéuticos que ven que la farmacia tiene un futuro y se están adecuando al cambio, porque

de entrada el cliente siempre está cambiando y, con todo mi cariño, mis compañeros boticarios que se han quedado en el pasado ya en el siglo XXI. Pues es lo mismo. ¿Qué hacen ahora los que piensan que esto tiene futuro? Renuevan la farmacia, hacen algo más, fidelizan al cliente, le sonrían, hacen algo aprovechando la crisis precisamente. Todos los proveedores dicen que hay crisis y robotizan la farmacia. Es una inversión y cuesta dinero, pero es el momento también. Medios de comunicación, por supuesto, pero también es el empresario.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Cómo aprovechar las nuevas plataformas o herramientas que Internet proporciona, por ejemplo, las redes sociales, para hacer marketing sanitario?*

JUAN CARLOS SERRA: Lo que se ha hecho es cambiar el escenario. Ahora tenemos que reestudiar todo y tenemos que reinventarnos, porque la distribución de la información tiene que seguir la que la gente utiliza. Estamos a punto de dar un paso a nivel de cómo se colocan los productos sanitarios.



" Los medicamentos que más se venden son los mejores. Y luego hay un pequeño porcentaje donde influye la promoción"

– Julián Zabala Pino

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ: Nosotros incorporamos una responsable de marketing que venda y coloque nuestras líneas de productos en todas las nuevas herramientas y con todos los nuevos clientes, y los nuevos clientes nos han surgido por la crisis por lo que he explicado antes. Y eso para mí es nuevo. ¿Cómo vamos a desarrollar el marketing sanitario? Pues lo tenemos más o menos estudiado, pero, desde luego, teniendo en cuenta los nuevos escenarios, como las redes sociales en Internet.

JOSÉ MARÍA CATALÁN: Discrepo un poco en que sean un nuevo escenario. Redes sociales han existido siempre, redes sociales son gente que se conocen entre ellos, y antes era verbalmente, por carta, por teléfono, después por correo electrónico, después por Internet

de otra forma, y ahora hay una fórmula que permite que toda esa gente que antes se conocían estén continuamente conectadas y eso, además, permite conocer a mucha más gente y mucho más rápido. Siempre, empresarial y profesionalmente, se ha accedido a las redes sociales con la tecnología que ha habido. El cliente es el mismo, el escenario es el mismo en cuanto a que no es algo nuevo que se haya inventado, sino que ha evolucionado y lo que hay que hacer es ir evolucionando con esa tecnología y utilizarla, porque a diferencia de cuanto puede ocurrir en otros ámbitos, si no te subes al tren tecnológico, entonces ya no accedes a esa red.

cluso hay blogs médicos sólo para profesionales médicos y hechos por los propios médicos, y no pasa nada. Si pensamos con respecto al paciente, es más relacionado con las patologías. En Facebook hay grupos creados sobre determinadas patologías, y no pasa nada. Mientras respetemos la ley, es conveniente y sano estar ahí, porque es lo que dice la gente, incluso intervenir si ves que no vamos bien.

MEDICAL ECONOMICS: *Con la mirada puesta en el paciente, cliente o usuario, ¿cómo influye el marketing sanitario la calidad asistencial?*



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

JULIÁN ZABALA: Yo diría que se pueden hacer dos cosas aquí. Una, ser proactivo o simplemente saber qué pasa en la red sobre tí, qué dicen de tí, de tu compañía, la reputación que se llama, qué dicen de tus productos, qué dicen de la gripe A, en fin, qué dicen de todo esto; y no hacer nada, pero al menos ya sabes qué dicen los usuarios de ti, y eso es importante. Dos: intentar llegar al usuario a través de las redes sociales, que es una parte de la Web 2.0, en todo caso. Y ahí se puede hacer de dos formas: estando y viendo pasar todo o intentar hacer algo, siempre respetando la ley. ¿Qué es lo que está haciendo en estos momentos la industria farmacéutica en general? Hay *blogs* específicos, se están utilizando *clippers* de *castings*, vídeos colgados en Youtube..., en fin, todas las herramientas que no son sólo las redes sociales. In-

JULIÁN ZABALA: No considero la calidad asistencial como un concepto global, sino una de las partes, pero si entendemos que la calidad asistencial y el marketing sanitario es el equivalente al producto en el marketing empresarial convencional, un buen marketing puede ser un buen producto, pero el éxito de las dos cosas sólo ocurre si hay una buena calidad asistencial. Tú puedes vender un producto malo durante un tiempo, pero no todo el tiempo. La calidad de la asistencia es la piedra sobre la que gira toda la Sanidad.

Entonces, ¿cómo puede afectar el marketing a la calidad asistencial? Entendiendo que el marketing sanitario, si es bueno, hará que la buena calidad sea más conocida y, por tanto, al final venderá más la buena calidad que la mala calidad. ■



¿Nuestra obsesión?

servicio, servicio, servicio, servicio...

Más de 500.000 profesionales confían en A.M.A.

SEGUROS PERSONALES

- > Automóvil
- > Multirriesgo Hogar
- > Responsabilidad Civil General
- > Multirriesgo Viajes
- > Multirriesgo Accidentes
- > Multirriesgo Embarcaciones

SEGUROS PROFESIONALES

- > Responsabilidad Civil Profesional
- > Multirriesgo Farmacia
- > Responsabilidad Civil de Instalaciones Radiactivas
- > Multirriesgo Establecimientos Sanitarios
- > Responsabilidad Civil de Sociedades Sanitarias
- > Defensa y Protección por Agresión
- > Multirriesgo PYME



Más información en:

Teléfono Central de Madrid **91 343 47 00 - 902 30 30 10**

A través de internet: www.amaseguros.com

En las delegaciones A.M.A. de su provincia

Aragón: investigación biomédica y nuevas tecnologías

La comunidad aragonesa contará, a partir de 2011, con un instituto de investigación biomédica, en el que tendrán cabida, entre otros, proyectos de bioingeniería y medicina regenerativa.



Por Gonzalo San Segundo

“Necesitamos poner todas las ideas sobre la mesa, iniciativas y aportes públicos y privados, para poder avanzar en la investigación biomédica, tema en el que el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud está ejerciendo un gran liderazgo”. Así se expresó la consejera de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, Luisa María Noeno Ceamanos, en la clausura de la jornada Investigación Biomédica y nuevas tecnologías al servicios de la salud, celebrada el pasado mes de abril en Zaragoza y que estuvo organizada por MEDICAL ECONOMICS con la colaboración de Astellas Pharma.

La consejera añadió que “cada vez son más los investigadores que se incorporan a nuestros proyectos”, incrementando una plantilla que en la actualidad supera con creces el centenar de investigadores que trabajan en exclusiva, a los que hay que sumar casi otro millar que lo hacen a tiempo parcial, sumando las fuerzas del sector sanitario y la universidad.

Esos proyectos se encuentran en áreas como salud pública, bioingeniería y medicina regenerativa, y que a partir del año próximo contarán con un nuevo centro: el Instituto de Investigación de Aragón, en cuya construcción se invertirán unos 15 millones de euros.

Varios institutos de investigación sanitaria, con acreditación del Instituto de Salud Carlos III, en concreto siete, ya funcionan en España. Entre ellos, el Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer (IDIBAPS), adscrito al Hospital Clínic de

Barcelona. Su coordinador de Investigación, Albert Barberá Lluís, participó en dicha jornada con una conferencia titulada *Institutos de investigación biomédica: presente y futuro*, en la que desarrolló la innovación como solución a la crisis económica y el camino por el que discurre la investigación biomédica.

Barberá dijo que la innovación (proyectos INNOVA) debe de estar directamente vinculada al mercado. Y, de manera gráfica, expresó que la I+D+i precisa de inversiones, éstas



De izda. a dcha., Manuel García Abad, la consejera Luisa Mª Noeno y José María Martín Dueñas, director general de Astellas Pharma.

producen conocimiento que, a su vez, genera dinero. Y se preguntó: ¿Hacia dónde va la investigación en Sanidad y, en concreto, la investigación biomédica?

El coordinador de Investigación del IDIBAPS partió de una tarea multidisciplinar (la fusión de varias disciplinas científicas), como ingeniería y ciencias sociales (biología, química, física, ingeniería, medicina y otras), lo que produce innovación, cambios y nuevas tecnologías.

Las cuatro "P" de la Medicina

En concreto, y refiriéndose a la biomedicina, trazó su senda a recorrer, que va desde lo curativo a lo preventivo, es decir, las famosas cuatro P de la Medicina: predictiva, preventiva, personalizada y participativa (ciudadanos, pacientes y clínicas). Y enumeró las características de la investigación sanitaria: multicéntrica, más financiación en proyectos públicos de salud, multifacética, traslacional, generadora de talento y recursos, creación de plataformas tecnológicas y colaboración de las redes virtuales de investigadores, entre otras.

Finalmente, recordó las cinco reglas de David Baltimore, premio Nobel de Medicina en 1975, para conseguir una buena I+D+i: excelencia, concentración de recursos, unión entre hospi-

tales y universidad y libertad de investigación.

Fernando Civeira Murillo, del Laboratorio de Investigación Molecular de Hospital Miguel Servet, habló acerca de *La investigación al servicio del paciente*, que resumió las tareas de investigación que realizan en dicho hospital universitario. En este sentido, destacó los trabajos en torno a las hipercolesterolemias génicas que sufren diez millones de personas en el mundo.

Se preguntó si se han beneficiado los pacientes de la investigación realizada, es decir, si se ha hecho investigación traslacional. Dijo que ellos, los aragoneses, fueron los primeros en España que utilizaron estatinas y los que crearon una fundación y asociación de pacientes. Por lo que "somos una referencia asistencial y de formación para el paciente". Concluyó aseverando que el hospital universitario es "el entorno natural (no único) para el desarrollo de la investigación biomédica y la práctica de la medicina traslacional".

Investigación en AP

La investigación sanitaria en el ámbito de la Atención Primaria fue expuesta por Bonaventura Bolívar, director

científico del Instituto de Investigación de Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol de Barcelona. Señaló que entre las oportunidades que ofrece la investigación en AP se encuentra la historia clínica electrónica, y calificó de "increíble" su potencial investigador. Y repasó la experiencia del IDIAP, desde que en 2005 se transformara en instituto de investigación, resaltando los 40 investigadores que ahí trabajan a tiempo completo y la evolución po-

Entre las oportunidades que ofrece la investigación en AP en Aragón se encuentra la historia clínica electrónica

sitiva del factor impacto en cuanto a sus resultados.

Esteban de Manuel Keenoy, director gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, disertó acerca de *La investigación biomédica en Aragón: proyectos y objetivos*. Comenzó diciendo que "el investigador debe centrarse en la generación de ideas y en su desarrollo". Informó de que en Aragón existen 11 áreas temáticas identificadas en investigación, con 67 grupos de investigación clínica, 55 investigadores y medio centenar de perso-



La Jornada celebrada en Zaragoza congregó a un numeroso grupo de asistentes.



Durante la clausura, Luisa M^a Noeno señaló la posición de liderazgo que mantiene Aragón en investigación biomédica.

La telemedicina no se considera un elemento tecnológico, sino una nueva manera de hacer y organizar la provisión de servicios sanitarios

Es un sector muy intenso en manejo de información, muy regulado (dominio de la gestión pública) y que está originando un profundo cambio en el sector de la salud. Y señaló algunos frenos en cuanto a la implantación de las

nas a tiempo dedicadas a tareas de apoyo a los investigadores.

La mesa redonda dedicada a *Las nuevas tecnologías al servicio de la salud* contó con la participación de Pablo Laguna Lasosa, subdirector del Instituto de Investigación en Ingeniería de Aragón (I3A) y responsable de la división de Ingeniería Biomédica. Enumeró los campos de aplicación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el ámbito de la salud:

Gestión: Historia clínica, receta electrónica, gestión de citas, telemedicina, teleasistencia, etcétera. Debe estar centrada en el paciente.

Diagnóstico: Sistemas de captación de imágenes y señales y sistemas de proceso de la información.

Terapia: Equipos de electromedicina, UCI, cirugía, sistemas implantables.

La gestión, concretó Laguna Lasosa, debe estar centrada en el paciente.

TIC en el campo de la salud: infraestructuras, adiestramiento, interoperatividad, protocolos, aspectos legales y financiación. Y como broche final a su exposición afirmó que las TIC son una "herramienta imprescindible en la mejora de la calidad de vida".

La era de las "teles"

El tema *Telemedicina y teleasistencia, dos caminos convergentes*, fue expuesto por Manuel Avellanás Chavala, del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General San Jorge de Huesca. Señaló que el desarrollo de las TIC ha hecho posible que cualquier ciencia o disciplina se beneficie de ellas y que han permitido al personal sanitario prestar servicios de salud a distancia, lo que se conoce como telemedicina. Recordó que la historia de la telemedicina se inicia en el año 1903 cuando Willem Eindhoven consiguió transmitir un ECG desde un hospital hasta su laboratorio situado a 1,5 ki-

lómetros de distancia. La introducción de los satélites o la robótica han revolucionado la telemedicina.

Y amplió: la teleasistencia, junto a teleinformación, teleducación y la telesalud han sido los pilares básicos de la telemedicina. Actualmente hay casi tantas "teles" como especialidades médicas: telecardiología, teleictus, teleuci, teledermatología, etcétera, y la teleasistencia ha llegado a convertirse prácticamente en una telealarma sociosanitaria para personas mayores o dependientes.

Este nuevo concepto de teleasistencia también está cambiando y cada día aparecen proyectos donde la telemedicina es algo más que una telealarma, incorporando nuevas funciones como la monitorización de signos vitales o la videoconferencia, como sucede con el Proyecto Dreaming o el PITES (Plataforma de Innovación para el desarrollo de la Telemedicina en España), proyectos también pensados para personas mayores, enfermos crónicos y dependientes, el conocido como entorno AAL (*Ambient Assisted Living*).

La crisis del sistema sanitario, producida por el vertiginoso ascenso del gasto, la carencia de especialistas y la necesidad de plantear la sostenibilidad del sistema, junto al desarrollo de las TIC, llevarán a la telemedicina y



Albert Barberá abordó la investigación biomédica como solución a la crisis.



Bonaventura Bolívar repasó la experiencia del IDIAP como instituto de investigación.



Esteban de Manuel recordó las 11 áreas temáticas en investigación de Aragón.



Fernando Civeira resumió las tareas de investigación del Hospital Miguel Servet.

teleasistencia, a una mayor convergencia, donde la teleasistencia volverá a ser un pilar básico de la telemedicina, al aumentar su población diana y facilitar cambios en el modelo sanitario.

La telemedicina no es un elemento tecnológico, sino una nueva manera de hacer y organizar la provisión de servicios sanitarios. La tecnología, por novedosa y deslumbrante que pueda aparecer, es una herramienta, y como herramienta debe ser valorada: no todo lo que es técnicamente posible, resulta necesario o añade valor a la organización sanitaria.

Para conseguir un gestión eficiente y eficaz de la telemedicina habrá que basarse en los criterios de desarrollo y racionalización, es decir, en la elección de aquella tecnología capaz de mejorar la salud y calidad de vida de los ciudadanos y donde el gasto sea justificable como es el que sirve para mejorar la salud y la esperanza de vida.

Honorio Bando Casado, consejero del Instituto de Salud Carlos III y vicepresidente de las fundaciones Idepro y Fundadeps, trazó las *Nuevas perspectivas de la investigación en Ciencias de la Salud*, destacando que la investigación encierra en sí numerosos condicionantes, tanto éticos como jurídicos, ya que la mayoría de las veces

la ciencia va por delante del ordenamiento jurídico. En este sentido uno de los avances más importantes en España ha sido la Ley de Investigación Biomédica de 3 de julio de 2007, que busca básicamente un equilibrio entre la libertad de investigación y la

protección de los derechos de las personas implicadas en la misma; establece garantías éticas y jurídicas necesarias; es una de las leyes más progresistas de Europa, y significa un marco seguro para el investigador y para el paciente. ■

PROYECTOS DE TELEMEDICINA DONDE ESTÁ IMPLICADO ARAGÓN

De aplicación

- * Proyecto Health Optimum: teleconsejo, teleconsulta virtual, telelaboratorio y teleasistencia
- * Proyecto Dreaming: tele monitorización preventiva de anciano frágil a domicilio
- * Proyecto Pites: Plataforma de Innovación para el desarrollo de la Telemedicina en España (entorno AAL)

De investigación

- * SUP (Seguridad Urgencias Pirineos). Proyecto INTERREG III-A (2000-2007) Francia/España de telemedicina en medios hostiles. Aquí se consiguió por primera vez en el mundo realizar telemedicina desde el mundo subterráneo, enviando un ECG, imágenes y voz desde una cueva a 300 m. De profundidad hasta el hospital más próximo
- * STIPP (Sistema Transfronterizo Información Prevención Pirineos).
- * Proyecto INTERREG IV-A (2007-2013) Francia/España para la prevención de accidentes y asistencia mediante la telemedicina. Actualmente en desarrollo.



Honorio Bando destacó los numerosos condicionantes que encierra la investigación.



Manuel Avellanas señaló que el concepto de teleasistencia está cambiando cada día.



Pablo Laguna enumeró los campos de aplicación de las tecnologías de las TIC en el ámbito de la salud.

Cultura

LIBROS

Una Historia de la Medicina humanista

A partir de experiencias poco gratas en una sanidad muy burocratizada y de carácter marcadamente funcional, Alberto García Valdés se decide a realizar una exhaustiva investigación histórica para adquirir una visión completa de todo lo relacionado con la salud y la enfermedad humanas, para comprender por qué cada individuo enferma de una manera concreta y por qué existen otras personas, los médicos, que se dedican a prestar ayuda para su restablecimiento.

Esta obra está planteada como una aventura que recorre las épocas históricas y analiza cómo se entendían la salud y la enfermedad en las diferentes sociedades y culturas hasta la actualidad. El resultado de esta detallada exploración es que la salud y la enfermedad dependen sobre todo de cada uno de nosotros, de vivir de acuerdo con nuestra manera de ser y de la forma de organización social.



Título: *Historia de la medicina. Desde chamanes y filósofos hasta la medicina nuclear.*
 Autor: Alberto García Valdés.
 Edita: Heriwald Arts Studio.

EXPOSICIONES

Tutankhamón llega a Madrid

Poco después de los últimos descubrimientos desvelados sobre Tutankhamón, Madrid se prepara para acoger fieles réplicas del tesoro de la tumba del faraón: se podrá observar, tal y como fueron descubiertas, las tres cámaras funerarias. Más de mil réplicas, de las casi seis mil piezas que componían la impresionante tumba. *Tutankhamón: la tumba y sus*

tesoros permanecerá abierta al público hasta el próximo 17 de octubre en el pabellón 12 de la Casa de Campo de Madrid. Se dispone en un espacio de 3.000 metros cuadrados, donde se exhiben

más de mil objetos bajo una escenografía y elementos audiovisuales que hace posible observar con todo lujo de detalle cada uno de los objetos expuestos.



TEATRO

Una 'circada' para Sevilla

El "Festival de Circo de Sevilla", el primero de Andalucía, se celebrará desde el 10 al 20 de junio en diversos espacios de la capital andaluza y contará con diversas novedades: su programación se desarrollará principalmente en espacios públicos, de acceso libre y gratuito, aunque cuatro de sus propuestas tendrán lugar en distintos escenarios de la ciudad. Además, tres de ellos sólo se representarán una vez y no podrán verse en las seis 'Extensiones' del festival, que este año extiende sus redes a Alcalá de Guadaíra, La Rinconada, Bormujos, Lora del Río, Aljaraque y Huelva. Por primera vez el certamen tendrá un apartado formativo con dos cursos gratuitos a cargo de artistas de reconocida trayectoria profesional.



CINE

El secreto de Mussolini

Dirigida por Marco Bellochio y presentada en la sección oficial del festival de Cannes, *Vincere* narra la relación entre el joven Benito Mussolini e Ida Dalsler. Cuando Ida se encuentra con Mussolini en Milán, éste es editor de *Avanti!* y un socialista ferviente que planea guiar a las masas hacia un futuro anticlerical, antimonárquico y socialmente emancipado. Ida ya había tenido un fugaz encuentro con él en Trento, y había quedado fascinada. Viven un apasionado romance y tienen un hijo, pero Benito se alista al ejército al estallar la Primera Guerra Mundial y cuando ésta acaba Ida lo encontrará comprometido con otra mujer.



ESCÁPESE... con Medical Economics



Certamen de Artículos 2010

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

GRAN PREMIO

Crucero 3.000 €

PLUS

Premio Médicos Jóvenes

Crucero 2.000 €

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

Internet

El libro electrónico abre un gran 'nicho' de negocio

Dentro del sector del libro electrónico, los soportes o E-book son lo de menos, y la prueba es que después del aparatoso lanzamiento del modelo de Amazon, hasta empresas tan ajenas a la electrónica de precisión como El Corte Inglés han lanzado su E-book, con un coste bastante asequible.

El negocio que tiene mejores réditos *a priori* es el de digitalización de contenidos, en el que Google está desarrollando una fase más de su guerra comercial con Microsoft y Yahoo. Y, como sucede con Google en los últimos tiempos, también la justicia ha tenido que dirimir el contencioso, en este caso para quitar la razón al buscador, que había llegado a un acuerdo monopolístico en EE.UU. con editores y autores.

Para Google, el negocio de la digitalización genera ingresos por distintas vías: por suscripciones y compras *online* y como escaparate de los libros que los editores quieren vender; y, entretanto, la tecnología ha hecho posible, a día de hoy, la digitalización de cerca de 20 millones de libros en todos los idiomas.

Las operadoras telefónicas no están



El negocio que *a priori* tiene mejores réditos que el propio soporte es el de la digitalización de contenidos.

dispuestas a dejarse comer su parte de la tarta, y por ello Movistar será pionera en lanzar un servicio de venta de libros electrónicos accesible a los usuarios a través de los distintos dispositivos disponibles; es decir, lectores, pero también ordenadores y móviles. Movistar, además, quiere extender el concepto al ámbito educativo, impulsando una herramienta *ad hoc*, y trabajará de forma cooperativa con las editoriales para orientarlas en las nuevas formas de colocación de contenidos a través de las TIC. ■

Sección patrocinada por
Web de I@
MUJER

Genealogía taurina

Para los aficionados taurinos, les ofrecemos una amplia información sobre los orígenes de la cría de reses bravas, las ganaderías y sus líneas de sangre.

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



Psicología on line

No son buenos tiempos para tener una plena estabilidad emocional en varios sentidos. Las crisis económicas, laborales o sentimentales nos acechan y debemos saber enfrentarnos a ellas. Destacamos en esta web el apartado de *mobbing* en el trabajo para identificarlo y protegernos de él.

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



CIBERCONSEJOS

Por el derecho universal al uso de Internet

En las dos ediciones de la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información celebradas en 2003 y 2005, 180 Estados reconocieron la plena aplicabilidad de la Declaración Universal de los Derechos Humanos a Internet, pero una cincuentena de Estados no respeta sus compromisos. El ministro de Exteriores francés, Bernard Kouchner, ha pedido el desarrollo de un estatuto jurídico universal para Internet, lo que impediría espacios cerrados al servicio de regímenes autoritarios que censuran aquellas opiniones que son contrarias al Gobierno.

Wi-Fi tan veloz como un Fórmula 1

Un nuevo formato de transmisión inalámbrica de datos permitirá que las conexiones por Wi-Fi sean hasta diez veces más rápidas que las actuales dentro de dos años. Con este sistema, todo el sector podrá trabajar sobre los mismos estándares, lo que permitirá que las aplicaciones y dispositivos que se desarrollen con esa tecnología, que ocupará la banda de 60 gigahercios frente a los 2,4 y 5 gigahercios sobre los que opera el Wi-Fi convencional, sean compatibles entre sí.

Cosmetic
SURGERY TIMES



SUSCRÍBASE
POR SÓLO 10 €
DE GASTOS
DE ENVÍO

Suscríbase a la revista
más actualizada
sobre cirugía
y medicina cosmética

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Manuel Jurado • Dpto. Suscripciones

Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1º • 28041 MADRID

Tel.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75

suscripciones@drugfarma.com

XIII CONGRESO SEDAP

Atención Sanitaria Integrada

*la necesidad de adaptar el sistema
a la realidad asistencial*



FUNDACION
S.E.D.A.P.
PARA EL DESARROLLO DIRECTIVO

A CORUÑA

3 a 5 de Noviembre de 2010

Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López 249-1º • 28041 Madrid
Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75

Golf



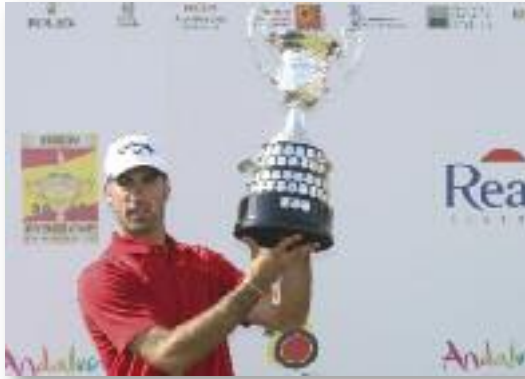
Open de España

Apasionante victoria de Quirós en Sevilla

El gaditano Álvaro Quirós se impuso en play-off al inglés James Morrison en su cuarta victoria en el Circuito Europeo.

El Open de España 2010 se despidió del RCG de Sevilla con una apoteósica última jornada en la que la emoción dominó de principio a fin. Álvaro Quirós protagonizó una lucha titánica para lograr un trofeo que no ha tenido dueño hasta el último golpe del último hoyo. Ocho años después, el abierto nacional volvió a manos españolas tras la victoria de Sergio García en 2002. Desde 1972, sólo tres españoles habían ganado con anterioridad el Open de España: Antonio Garrido en 1972, Severiano Ballesteros en 1981, 1985 y 1995, y Sergio García en 2002.

Si Quirós fue la cara del día, Mark Foster fue la cruz, pues tras liderar el torneo durante toda la jornada falló el *putt* que le hubiese medido en el *play-off*. El inglés salía con tres golpes de ventaja (-12) y con *bogey* en el tres y *birdie* en el cuatro, se mantuvo al par aguantando el se-



El gaditano Álvaro Quirós logró su cuarto triunfo profesional y la primera victoria de un español en el Abierto de España desde 2002.

vero ataque del resto de aspirantes hasta el hoyo 11. Con un *bogey* en este par tres, Foster se quedó a un golpe de ocho jugadores. El gaditano alcanzó al inglés en el hoyo 13, con un *birdie* desde el *bunker*, pero su compatriota James Morrison les igualó en el hoyo 17 y terminó su

vuelta como colíder en la casa club con un 11 bajo par como resultado a batir. Quirós falló la salida del hoyo 15 y lo pagó con *bogey*, pese a que su golpe desde el frondoso *rough* de alrededor del *green* rozó el hoyo para salvar el par. Foster embocó un gran *putt* para mantenerse colíder. En el 16, Quirós logró el *birdie*, pero en el 17 falló el *green* y, con un golpe complicado desde el *rough*, dejó la bola a cinco metros de bandera para salvar el par y salir al 18 empatado con Foster. En el último hoyo, Quirós ejecutó una salida impecable mientras que su rival se fue al *bunker*. Aunque el inglés se las arregló para llegar al *green* de dos, falló el *putt* decisivo para continuar en el *play-off*. ■

Bragulat se estrena en el Alps Tour

El jugador barcelonés Juan Antonio Bragulat ha sido el ganador del Göser Open, torneo del Alps Tour disputado en Austria, superando al favorito local Wheinhandl por un golpe y con un total de 17 bajo par. Bragulat, que aún no tenía categoría para disputar este circuito, pudo participar en el torneo de Austria gracias a la invitación de MatchGolf como jugador del Peugeot Tour. Tras tres jornadas de un golf espectacular con vueltas de 67, 68 y 64 golpes para terminar, no sólo firmó su primera victoria profesional, sino que, además, obtuvo la categoría 1 con la que podrá jugar todo el circuito, y optar a una de las cinco plazas que el Alps Tour tiene al final de temporada para lograr la tarjeta para el Challenge Tour Europeo. "Estoy contentísimo. Ayer jugué perfecto, cogí muchas calles, pegué muy bien a los hierros y todo salió perfecto -manifestó Bragulat-. Yo salía a tres golpes del líder. Después del 12, que yo iba con 14 golpes bajo par, sabía que Wheinhandl, que era el favorito, también se había colocado con menos 14, y después hice tres *birdies* consecutivos para acabar metiendo un *putt* muy bueno de 4 metros en el 18 para 64 golpes. Y me quedé a esperar qué hacía él, que falló un *putt* de dos metros para salir a *play-off*. Esta victoria ha sido fantástica, dicen que la primera nunca se olvida".

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


LIVEMED[®]

ESPAÑA

Educación Médica Continuada



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.

