

Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 135 16 de julio de 2010 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

El médico de vacaciones

**Con riesgo
y arte**

ADEMÁS

eHealth Week
Barcelona 2010

(páginas centrales)

SPA

PARISH PUBLISHING ASSOCIATES S.L.

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

32 | EN PORTADA

Vacaciones con riesgo y arte

Escalar montañas, pilotar un ultraligero, correr una maratón, escribir una novela, pintar un paisaje, esculpir una figura, interpretar a Mozart en el piano o tocar la guitarra eléctrica en una banda son algunas de las actividades que los médicos practican en vacaciones.



LOS JUEVES DE MEDICAL

43 Innovación y talento en el sector de la salud

La innovación y la adecuada gestión del conocimiento constituyen un binomio indisoluble y necesario para el desarrollo empresarial, la competitividad y la consecución del liderazgo. En el sector de la salud español se innova poco y el talento no se gestiona apropiadamente en las organizaciones sanitarias.

Los jueves de Medical Economics

Innovación y talento en el sector de la salud

innovación y la adecuada gestión del conocimiento constituyen un binomio indisoluble y necesario para el desarrollo empresarial, la competitividad y la consecución del liderazgo. En el sector de la salud español el talento y el talento no se gestiona apropiadamente en las organizaciones sanitarias. En la actualidad, más allá de un número de especialistas, las empresas necesitan por igual talento en una nueva medida de Los jueves de Medical Economics. Su director, Guillermo Serra, presenta el acto en el que intervienen: Rosendo Balboa, director general de Novartis España; Enrique Domingo, director general de Sanofi-Sandoz; Octavio de la Cruz, director de Gestión y Formación de Procter & Gamble; José Luis Sanjaume, director general de la Fundación Fila; Delgado Baco, los ponentes, en un nuevo formato del ciclo, momento de la jornada y dirige la sesión con la participación del moderador Fernando Morán, director general de Quilón, y de los asistentes.

Suplemento coordinado por G.S.S.

Con la colaboración de:

EHEALTH WEEK BARCELONA 2010


21 Salud para el siglo de la convergencia digital

La eHealth Week acogió en Barcelona conjuntamente y por primera vez las dos citas europeas más importantes en el ámbito de la eSalud: la Conferencia de Alto Nivel de la Unión Europea (EU) sobre eHealth, y el World of Health IT (WoHIT).

www.medeco.es.com | Medical Economics | 16 de julio de 2010 | eHealth Week | 21

eHealth: salud para el siglo de la convergencia digital

El pasado mes de marzo Barcelona se convirtió durante una semana en la capital de la eHealth, la eSalud. Un evento de ámbito europeo que acogió la Conferencia de Alto Nivel de la Unión Europea sobre eHealth y el World of Health IT (WoHIT). La eHealth Week, organizada por el Departamento de Salud del Ayuntamiento de Barcelona, acogió conjuntamente y por primera vez las dos citas europeas más importantes en el ámbito de la eSalud: la Conferencia de Alto Nivel de la Unión Europea sobre eHealth, y el World of Health IT (WoHIT), un punto de encuentro para el mundo profesional de las organizaciones de Innovación y eSalud (eHealth). Los asistentes a la Conferencia de Alto Nivel (CAN) eHealth Week reunieron algunos de los temas más relevantes durante la eHealth Week Barcelona 2010.



*“Sé que por
muy lejos que esté
siempre estarán
cerca de mí”*

11 filiales alrededor del mundo

Nuestro compromiso con la salud llega más allá de nuestras fronteras: disponemos de 11 filiales en Europa y América Latina. Nuestros fármacos están presentes en más de 70 países de los 5 continentes, y mantenemos alianzas con las más prestigiosas compañías farmacéuticas internacionales para comercializar nuestros productos de I+D.

Trabajamos hoy por la salud de mañana.

Filiales:

Alemania - Austria - Bélgica - España - Francia - Italia - México - Polonia - Portugal
Reino Unido - Irlanda - Suiza



Almirall

Soluciones pensando en ti

www.almirall.com

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,
Vanessa Martín

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

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

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

Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2010

Spanish Publishers Associates, S. L.

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

Controlado por



ACTUALIDAD

- 5 Ojo Clínico
- 6 Profesión/Finanzas
- 9 Mi punto de vista

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 10 Economía de la salud en el Área de Incontinencia
Ahorro y eficacia en la gestión de costes
- 16 Aula de Gestión Sanitaria
Libre elección y área única
- 30 Economía de la salud en el Área de Dolor
Dolor y calidad de vida

Y ADEMÁS...

- 40 Sanidad autonómica
Consejería de Sanidad de Castilla y León



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Es la eSalud un factor clave para la sostenibilidad del sistema sanitario?

Participe a través de nuestra web:
www.medeco.es.com

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics

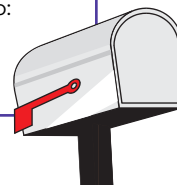


ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de www.medeco.es.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.medeco.es.com



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

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

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

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

© Copyright 2010 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitalares

Marta Aguilera Guzmán

Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Margarita Alfonso Jaén

Secretaria General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walther

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

Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones
United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero

Director
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz

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

Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección
Instituto de Salud Carlos III

José María Barahona Hortelano

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

Carlos Belmonte Martínez

Director de Instituto de Neurociencias de Alicante

Miquel Bruguera i Cortada

Presidente
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

Guillermo Castillo Acero

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

Enrique Catalán López

Consejero Delegado de Xanit H.C.M

Ana Céspedes Montoya

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

Jaime del Barrio Seoane

Presidente del Instituto Roche

Manuel Díaz-Rubio García

Presidente. Real Academia Nacional de Medicina

José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

Joaquín Estévez Lucas

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud

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 Abuin

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales
Chiesi España

Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente
Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

Fernando Mesa del Castillo

Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

Regina Múzquiz Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales
Sanofi-Aventis

César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología
Facultad de Farmacia UCM

José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología
Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

Eduard Portella

Presidente de Antares Consulting, S.A.

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

Eugenio 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

Con ojo clínico

Evaluar la investigación: a pares o nones

Apares o nones..., vamos a jugar..., el que quede solo..., ése perderá...”

Todos los jugadores se cogen de la mano y forman un corro, tras sucesivos giros e interrupciones cantando..., uno ganará. Los jugadores que no se pueden incluir en un grupo par o impar, quedan solos, van siendo eliminados del juego.

Ésta es una forma tradicional de jugar a pares o nones; existen otras, por ejemplo utilizando los dedos, más conocidas..., y casi todas ellas son didácticas para explicar cómo se evalúan, al azar muchas veces, los trabajos de I+D+i que se han presentado a convocatorias oficiales.

En medios académicos la revisión por pares o *peer review* es un método usado para validar solicitudes de financiación y medir su calidad, factibilidad, rigor científico, etc. Este método deja abierto el trabajo al escrutinio y, frecuentemente, a la anotación, por un número de técnicos iguales en rango al autor y que no siempre aceptan las propuestas, como es normal.

Las posibilidades para los afectados varían desde la aceptación al rechazo incondicional de dicha propuesta, incluyendo las variantes de aceptar las mejoras propuestas por el árbitro, o su revisión y posterior presentación de nuevo.

Ante la limitación de recursos económicos, han cobrado últimamente gran relieve ciertas cuestiones sobre esta revisión por pares y la importancia de este proceso como “garantía” de calidad, que son observadas con ironía tanto por aquellos que han participado como revisores como por los que han sido sometidos a revisión. Frecuentemente parece que este proceso se rige por las reglas del azar, como si fuera un juego... Los revisores son personas muy ocupadas que, en teoría, intentan ayudar a sus colegas y a los autores de los trabajos y a la comunidad científica ofrecen-

do, a veces sin reconocimiento económico (sí de prestigio y acceso privilegiado a información), parte de su tiempo libre para analizar los trabajos remitidos, intentando mejorarlos. Y esto es verdad a veces..., pero no siempre.

Con frecuencia se producen rechazos incorrectos, incluso entre profesionales de reconocida cualificación. Para solventar este problema se exige en algunas convocatorias a los evaluadores que sus juicios se reflejen en formularios y expliquen las razones objetivas que motivan tanto la aceptación como el rechazo de las propuestas. Pero eso es insuficiente. El problema son las subjetivas, las que no se explican. Tales como el trato preferente a los investigadores con prestigio o por intereses económicos o de poder en sus respectivos campos o disciplinas.

Las propuestas que se deberían llevar a cabo de forma complementaria al sistema de revisión por pares para tratar de mejorar el sistema, deberían pasar por establecer bases de datos donde registrar los trabajos que han dado resultados negativos en los procesos de evaluación, conocer el nombre de los evaluadores y preservar el anonimato del evaluador y del autor.

Hay intentos para mejorar este proceso de revisión y es reconfortante saber que ello está en marcha gracias a la aportación de la ANECA (Agencia Nacional de la Evaluación y de la Acreditación), aunque muy limitada al ámbito universitario. Pero los milagros son improbables. En España predomina la envidia, y es imposible evitar que se trate de cortar el crecimiento profesional de un colega, quizás competidor en la práctica privada, y no es cuestión de que haya pares o nones entre los jueces. La concesión de una beca, de una subvención, continuará siendo una lotería a menudo; es una pena. La lección es que los interesados deben continuar remitiendo sus manuscritos pues, igual por azar, dos o más revisores muestran acuerdo o no encuentran ningún enemigo declarado entre ellos. ■



José María Martínez*

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

219.031

fue el número de médicos colegiados registrados en España en 2009.

2,4

por ciento más que en el pasado 2008.

45,1

por ciento de los médicos colegiados en España son mujeres.

5,96

colegiados por cada 1.000 habitantes tiene Aragón, la comunidad que presenta el ratio más elevado

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

INVERSIONES

La crisis adelgaza los fondos en 110.000 millones

Los tres años de crisis que lleva la economía globalizada se han saldado con una retirada de los fondos de inversión de unos 110.000 millones de euros por parte de los inversores. Si en julio de 2007 estos activos financieros alcanzaban en España casi 260.000 millones de euros (prácticamente su máximo histórico), a finales de junio pasado esa cifra se situaba en menos de 150.000 millones, según Inverco. De la diferencia se han beneficiado, entre otros productos, los depósitos bancarios. Ahora, los inversores retiran capital de los fondos conservadores, sobre todo de renta fija y garantizados, y lo meten en fondos mixtos y en los que operan a corto plazo que obtienen una buena rentabilidad.



IMPUESTOS

Llegan los nuevos tipos impositivos del IVA

La subida del IVA (Impuesto sobre el Valor Añadido) ya es efectiva desde el pasado 1 de julio. A los productos de régimen general (automóviles, electrodomésticos, bebidas alcohólicas, tabaco, joyas, pieles, etc.) se les aplica el 18 por ciento, frente al 16 por ciento anterior. Los productos de régimen especial (algunos alimentos, material escolar, viviendas, productos médicos, etc.) pasan del 7 por ciento al 8 por ciento. Y el IVA superreducido aplicado a bienes de primera necesidad, como pan, leche, queso, huevos, frutas, verduras, legumbres, libros, revistas, periódicos, material escolar (salvo productos electrónicos), medicamentos, vehículos para minusválidos, prótesis, implantes y viviendas de protección oficial (VPO) se mantiene en el 4 por ciento.

+ 18% IVA

INNOVACIÓN

Cotec celebra su Asamblea Anual

La Fundación Cotec aprovechó la celebración de su Asamblea Anual, presidida por Su Majestad Don Juan Carlos, para presentar el

"Informe Cotec 2010" en el que se analizan la evolución de las empresas españolas en cuestión de innovación en los últimos años. Los datos aportados muestran que en los últimos 20 años la productividad de la economía española ha crecido prácticamente la mitad que las de Francia, Alemania o Reino Unido y que la contribución de los sectores de alta tecnología al PIB se ha mantenido por debajo del 1 por ciento cuando la media europea es tres veces superior.

Frente a este escenario preocupante, el presidente de Cotec, José Ángel Sánchez Asiaín, reivindicó la importancia de la innovación "como fuente" de valor añadido más sostenible para todos los sectores productivos. Sánchez Asiaín presentó un decálogo de retos en los que se sintetiza la estrategia a seguir para el futuro de la innovación para la competitividad de las empresas españolas. Entre ellos destacaba mejorar el sistema educativo, atraer el talento y la versión extranjera e implicar a la inversión privada en la innovación.



SEGUROS MÉDICOS

AXA potencia su presencia en la sanidad vasca

La compañía de seguros AXA ha reforzado su presencia en la sanidad del País Vasco firmando un acuerdo con el Hospital Quirón Vizcaya, gracias al cual pretende mejorar su red asistencial. Antonio Jiménez, director general de AXA Salud, señalaba al respecto que "nuestro objetivo es aprovechar nuestra posición de líderes en el mercado asegurador en el País Vasco para incrementar notablemente nuestro negocio de Salud, ofreciendo un producto con las mejores coberturas y servicios posible". En este sentido, Jiménez ha destacado la importancia del acuerdo con el Hospital Quirón "ya que pone a disposición de los clientes de AXA uno de los centros más innovadores e importantes del País Vasco". El Hospital Quirón Vizcaya tiene una superficie asistencial de 20.500 metros cuadrados, más de 100 habitaciones individuales, 50 consultas externas, urgencias 24 horas para adultos y niños, 7 quirófanos y una amplia red de profesionales sanitarios altamente cualificados.



PACIENTES

Sólo un 3 por ciento de quejas por sanidad ante el Defensor del Pueblo

Según el Informe Anual del Defensor del Pueblo de 2009, las quejas registradas a lo largo del pasado año relativas a cuestiones sanitarias fueron 726 lo que supone tan sólo un 3,2 por ciento del total de quejas recibidas. De ellas, 604 fueron realizadas de forma individual y 103 fueron colectivas. El Defensor del Pueblo, cargo que ocupa en la actualidad Enrique Múgica, dentro del apartado de "Actuaciones destacables" de su informe, llama la atención sobre el "problema crónico" de las listas de espera y, en este sentido, aprecia en la actividad de "muchas" administraciones sanitarias una "inclinación hacia la externalización de servicios justificada en la búsqueda de eficacia y de modernización de los recursos existentes, a pesar de que para algunos problemas estructurales, entre los que se encuentran las lista de espera diagnósticas, no se aportan soluciones o son poco eficaces".



SISTEMA SANITARIO

El SNS tiene un déficit de 120.000 enfermeras

La ponencia sobre necesidades de recursos humanos aprobada recientemente por el Senado ha cifrado en 122.400 las enfermeras que necesita incorporar el Sistema Nacional de Salud (SNS) para cubrir las necesidades asistenciales "a medio plazo" de la población española. Asimismo, ha destacado que "sería conveniente" replantearse "al alza" el marco competencial de estas profesionales, así como "contratar al personal de enfermería suficiente para adecuar las ratios de enfermería a las necesidades del sistema sanitario". En esta línea, el Sindicato de Enfermería (SATSE) ha pedido que, además, se mejoren las condiciones laborales del colectivo, debido a que "el contacto permanente con el dolor y la muerte de estas profesionales se traduce en la aparición temprana de problemas de salud y en un apreciable deterioro de la calidad de vida de las enfermeras".

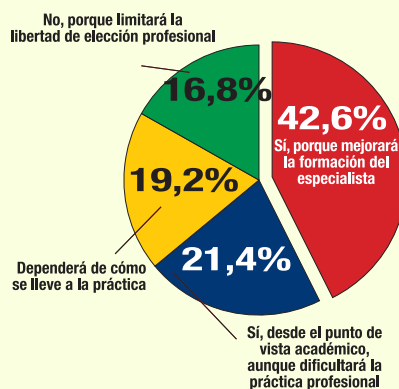


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

¿Mejorará el sistema de troncalidad la preparación de los profesionales sanitarios?



La mayor parte de los participantes en nuestra encuesta (**42,6** por ciento) consideran que el sistema de troncalidad resultará beneficioso para la formación de los especialistas, mientras que un **21,4** por ciento especifican que lo será desde el punto de vista académico y un **19,2** por ciento creen que su eficacia dependerá de la adaptación final que se realice de la idea. Un **16,8** por ciento de los encuestados consideran que el sistema de troncalidad es negativo porque reduce las posibilidades de elección de los especialistas.

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

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**.

*Consulte las bases del certamen en www.medeco.es

Mi punto de vista

Nuevas expectativas para la sanidad privada española y europea

He tenido el honor de encabezar una delegación de la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP) que ha participado en el I Congreso Europeo de Hospitalización Privada celebrado en París. Y he tenido la oportunidad de incidir en aspectos relativos a la situación actual del sector en nuestro país, así como a las fortalezas y oportunidades que la sanidad privada tiene en estos momentos. Estoy convencido de que con la participación en este Congreso, la FNCP ha dado un paso más en su compromiso con los intereses de las asociaciones y empresas que la forman tanto en España como en el ámbito internacional.

Hemos hablado sobre el enorme potencial de crecimiento que tiene la industria de la salud, una industria del siglo XXI. Y sobre la necesidad creciente de que la sanidad cuide cada vez más de su reputación, suma de prestigio y calidad. He insistido, una vez más, en la compatibilidad con el sistema público y apuesto porque a lo largo de 2010 se abrirán nuevas expectativas en España y Europa. El sistema privado debe resultar atractivo a los profesionales del sector, tanto o más que el sistema público.

Las necesidades de los profesionales sanitarios en relación a la cada vez mayor importancia del sistema sanitario privado, también fue parte de mi ponencia como presidente de la FNCP, así como algunas cifras actualizadas de interés: Los hospitales privados españoles facturaron en el año 2009 la cifra de 5.800 millones de euros,

de los cuales sólo el 26 por ciento se debió a conciertos con la administración. La sanidad privada atiende: 31,61 por ciento de los pacientes ingresados, 17,62 por ciento de las consultas, 25,88 por ciento de las urgencias y 39,30 por ciento de los actos quirúrgicos.

También hice alguna reflexión y ofrecí algunos datos sobre el empleo en el sector. La sanidad privada en España crea empleo estable de forma sostenida. Actualmente, hay 250.000 profesionales empleados en el Régimen General y más de 75.000 autónomos.

Desde la Federación Nacional de Clínicas privadas estamos convencidos de que en 2010 se abrirán nuevas expectativas y opciones para la sanidad privada en España y en Europa. Será un año difícil, en el que conviviremos con la crisis, pero también será un año de oportunidades y de mucha actividad. La FNCP ha dado algunos pasos importantes en 2010, como el regreso a Europa de la mano de la Unión Europea de Hospitales Privados, pero somos conscientes de que todavía queda mucho camino por recorrer.

Desde la FNCP y también desde la Unión Europea de Clínicas Privadas se seguirán defendiendo los intereses de las asociaciones y empresas que la configuran, allí donde sea necesario, en los más diversos temas, desde el medio ambiente, la protección de datos, la seguridad del paciente y hasta la facturación y el control de costes, pasando por la adecuación de la gestión del conocimiento y las nuevas tecnologías sanitarias de la comunicación. ■



Fernando Mesa del Castillo*

* Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas.

Economía de la Salud

en el Área de Incontinencia

Ahorro y eficacia en la gestión de costes



José María Martínez*

» Los costes ocultos se pueden disminuir e incluso evitar totalmente mediante una buena gestión de la incontinencia

» En dos estudios llevados a cabo en residencias de Madrid se observa en cuatro meses un ahorro de hasta el 52 por ciento siguiendo el modelo de gestión TENA Services

El presupuesto destinado en las residencias de ancianos a la incontinencia urinaria se encuentra enmarcado dentro del presupuesto farmacéutico general y se materializa en la prestación farmacéutica a la que tienen derecho los usuarios de dichas residencias. En este entorno, caracterizado por esa notable carencia de coordinación entre ámbito sanitario y área de servicios sociales, se han ignorado casi siempre las repercusiones que tiene en la gestión de la residencia la decisión adoptada por la administración sanitaria en relación con la contratación de productos destinados al cuidado de la incontinencia.

SCA, empresa especialista en el cuidado de la incontinencia, está implementando en Europa un sistema de gestión global de esa incontinencia (TENA Services) basado en tres puntos:

- Mejora de la calidad de vida de los pacientes.

- Control del gasto de la incontinencia relacionado con la compra de absorbentes y dependiente del presupuesto de sanidad.

- Control de los costes consecuentes de la incontinencia. Estos costes son mucho más altos que los anteriores y dependen del gestor de la residencia (área de servicios sociales o entidades privadas).

Como continuación del artículo anterior publicado en esta revista donde se demostraba que con productos de calidad, un tratamiento individualizado y formación se disminuían los costes asociados, el objetivo ahora es demostrarlo y, para ello, vamos a utilizar dos estudios realizados en Madrid en dos residencias para personas mayores: una privada y una pública. En ambos el objetivo era cuantificar y analizar cómo influyen las decisiones tomadas por el área de salud, siguiendo el modelo de gestión TENA Services (elección del tipo de absorbentes de máxima calidad, formación al personal para su correc-

Tabla 1. Evolución del ahorro tras cuatro meses siguiendo el modelo de gestión TENA Services (euros). "Ventajas de la Correcta Gestión de la Incontinencia", estudio realizado en una residencia privada de Madrid.

CONCEPTO	SITUACIÓN PREVIA	SITUACIÓN ACTUAL
Coste por absorbentes	28.900	22.300
Salarios por cambios de absorbentes	41.580	27.090
Coste por fugas	27.400	6.200
Coste por tratamiento de la piel	19.400	0
TOTAL	117.280	55.590
AHORRO CALCULADO		61.690 52,6 por ciento
Hora de personal	8.619	4.744
AHORRO CALCULADO		3.875 45 por ciento

ta utilización y asesoramiento continuo) en la gestión de la propia residencia.

En la metodología seguida se han considerado a nivel de efectividad las fugas evitadas por absorbente utilizado y por incontinente, las lesiones cutáneas evitadas (dermatitis, eritema, prurito, flictena, eczema, erosiones y lesiones por cizallamiento) y el tiempo dedicado por el personal. Una importante consideración es que todos los pacientes incluidos en los estudios son residentes durante las 24 horas del día.

A nivel de costes se han considerado tanto los sanitarios directos (absorbentes), como los consecuentes productos farmacéuticos, el salario del personal, lavandería, salvacamás y la gestión de residuos que dependen del área social.

Modelo de gestión TENA Services

Entre las conclusiones de los dos, se observan las claras diferencias entre ambas situaciones en el tiempo y la evolución muy positiva de ahorro para la residencia (52,6 por ciento) en sólo cuatro meses en el coste total de todos los conceptos, destacando aparte que dicho ahorro sólo mediante formación del personal es del 45 por ciento (Tabla 1).

Esto se ratifica en la Tabla 2, donde se observa que cuando se utiliza el modelo de gestión TENA, combinando el uso de absorbentes de alta calidad, un programa formativo para el personal y el asesoramiento continuo, disminuyen:

- Los costes totales en un 48,9 por ciento.
- Los costes sanitarios en un 17,2 por ciento.
- Los costes del área social en un 63,2 por ciento.
- Las fugas que padecen los incontinentes en un 90,6 por ciento.
- Las lesiones cutáneas en un 94,1 por ciento.
- El tiempo del personal asistencial en un 56,6 por ciento.

Por tanto queda demostrado que el modelo de gestión TENA es más eficiente que el manejo habitual, tanto por mejorar la efectividad como por disminuir los costes sanitarios y del área social. Además, la disminución del número de absorbentes utilizados y de fugas, permite que el personal disponga de más tiempo para otras tareas y mejora la calidad asistencial y, por supuesto, la de vida del paciente

Es decir, beneficios para el paciente, para la residencia y para la gestión sanitaria. ■

Sección patrocinada por:



Tabla 2. Costes totales en euros por 100 incontinentes al día. Estudio de Costes Consecuentes de la Incontinencia, realizado entre septiembre y diciembre de 2008 en una residencia pública de Madrid.

		Marca 1	TENA	Diferencia (euros)	Diferencia (por ciento)
Sanitarios	Absorbentes	85,2	93,9	8,7	10,2
	P. Farmacéuticos	30,4	1,8	-28,6	-94,1
	Total	115,6	95,7	-19,9	-17,2
De área social	Salarios	204,6	88,8	-115,9	-56,6
	Lavandería	25,3	2,1	-23,2	-91,6
	Salvacamas	20,3	0,6	-19,6	-96,9
	Residuos	6,2	2,9	-3,4	-54,1
	Total	256,5	94,4	-162,1	-63,2
	TOTAL	372,1	94,4	-182,0	-48,9

Para saber más:

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



Hoteles
JALE
Historias universales

Historia, pa

En el año 1989 nace en El Puerto de Santa María (Cádiz) la cadena andaluza Hoteles Jale, con la apertura del Hotel Monasterio San Miguel 4*. Una cadena que se caracteriza por ofrecer a sus huéspedes y clientes estancias en edificios de valor histórico y patrimonial, además de una alta calidad de servicio y una permanente oferta gastronómica de primer nivel, convirtiendo al hotel en un valor añadido preferente a la hora de elegir un destino turístico.

El Hotel Monasterio San Miguel 4* es el sello de identidad del grupo hotelero. Antiguo Convento de las Madres Capuchinas en El Puerto de Santa María que ya cuenta con más de 280 años de historia. Reconvertido en un majestuoso hotel donde el cliente podrá disfrutar del silencio y la tranquilidad que sus muros recogen, combina la arquitectura del siglo XVIII con el lujo y las comodidades del siglo XXI.

Dotado de 175 habitaciones es el alojamiento por antonomasia de todos los personajes ilustres que visitan la ciudad además de ser una auténtica colección histórica: el propio edificio, los retablos, archivos históricos, enseres y ornamentos lo vinculan con su pasado conventual. Lo que fuera la antigua lavandería del convento hoy es nuestro exclusivo restaurante Las Bóvedas, visitado y reconocido por los principales críticos gastronómicos.

Igualmente ofrece ni más ni menos que 16 salas de reunión con capacidad entre 10 y 300 personas, entre las que se encuentra el mítico Auditorio, antigua iglesia del convento.

Las más prestigiosas compañías nacionales e internacionales, han elegido el Hotel Monasterio para la celebración de sus congresos y reuniones. El hotel en sí, así como las bondades del clima de la ciudad, sus numerosos atractivos turísticos y sus singulares espacios de celebración como bodegas, palacetes e incluso milenarios castillos, lo convierten en el marco ideal para la celebración de los más exclusivos congresos, convenciones e incentivos.

Siguiendo esta línea, en el año 2002 se inaugura también en esta ciudad de la Bahía de Cádiz, el Hotel Duques de Medinaceli 5*, antigua Casa Ducal de Medinaceli, un hotel boutique en el que la importancia del trato personal, la exclusividad y la tranquilidad, disfrutados en un marco único, convierten su estancia en una experiencia inolvidable.



HOTEL
MONASTERIO
SAN MIGUEL****

T. (+34) 956 54 04 40 · F. (+34) 956 54 26 04

Virgen de los Milagros, 27

11500 El Puerto de Santa María (Cádiz)

monasterio@jale.com

www.hotelesjale.com

Herrimonio y servicio

Ubicado en el centro de la ciudad, el hotel cuenta con 28 majestuosas suites y habitaciones decoradas con exquisitez y piezas de gran valor histórico que hacen único este lugar.

Cuenta también con un salón de reuniones de capacidad media y una carpa, situada en los jardines exteriores, con capacidad de 300 personas.

En este hotel prima el trato directo con el cliente, para que éste disfrute de una estancia de alta calidad en un entorno idílico y sosegado. Ofrece además un auténtico tesoro, el Jardín Botánico, donde podremos encontrar diferentes especies arbóreas traídas desde América en sus casi 5.000 metros cuadrados y que ha sido catalogado como Bien de Interés Cultural del Patrimonio Histórico Andaluz. Sin duda alguna, es el lugar ideal para *cocktails* y eventos al aire libre.

Otra de sus maravillas es el Restaurante Reina Isabel, situado en el antiguo comedor de la Casa-Palacio, con unas magníficas vistas y en donde podremos disfrutar una cocina deliciosa con lo mejor de la gastronomía mediterránea.

Los amantes del vino y los caballos estarán en un enclave perfecto para disfrutar de sus pasiones. La Bodega de la Familia Terry, antiguos propietarios de la casa, linda con nuestros maravillosos jardines. En estas afortunadas bodegas podrán realizar una degustación de vinos, visitar las instalaciones, organizar una cena de gala o disfrutar de sus ya míticos espectáculos que combinan los puntos fuertes de la provincia: el flamenco y los caballos.

En la actualidad ambos hoteles cuentan con promociones especiales para Congresos y Convenciones, así como paquetes enológicos, de golf y escapadas románticas para sus vacaciones.

La ciudad de El Puerto de Santa María se encuentra perfectamente conectada por tierra, mar y aire. El aeropuerto de Jerez dista tan sólo 18 km, el de Sevilla 110 km y el de Málaga 200 km. A la estación de Renfe podrá llegar en menos de 5 minutos a pie y la estación de AVE está a tan sólo 98 km. Y el Puerto de Cádiz, escala de grandes navieras nacionales e internacionales, a 22 km.

En Hoteles Jale estaremos encantados de poder atender sus peticiones.



Hotel *****
Duques de
Medinaceli

T. (+34) 956 86 07 77 · F. (+34) 956 54 26 87

Plaza de los Jazmines, 2

11500 El Puerto de Santa María (Cádiz)

dmedinaceli@jale.com

www.hotelesjale.com

Los jueves

de

Medical Economics

EL SISTEMA SE AGOTA: Hacia una nueva estructura sanitaria

Jueves, 23 de septiembre
de 2010, 19.30h

Sede: Hotel AC Cuzco
Paseo de la Castellana, 133

Con la colaboración de



INSCRIPCIÓN GRATUITA.
Plazas limitadas

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

Convenio entre la Consejería de Murcia y Chiesi

La Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia y laboratorios Chiesi España han firmado un acuerdo, englobado dentro del Programa de Atención a los Pacientes Polimedificados, que constituye una de las 22 líneas de actuación del Plan de Acción para la Mejora en el Uso de los Medicamentos 2009-2011, con el objetivo de formar a 400 médicos de familia y enfermeros de Atención Primaria. El convenio firmado con laboratorios Chiesi, que permitirá formarse a los profesionales del Servicio Murciano de Salud, también contemplará actuaciones dirigidas a los pacientes polimedificados y asimismo incidirá en la educación sanitaria. De este



modo, se pretende que los pacientes polimedificados sean capaces de identificar posibles efectos secundarios de los fármacos así como concienciarles sobre la necesidad de cumplir con las dosis indicadas por el médico para evitar que su enfermedad empeore. ■

Firma del acuerdo entre la Consejería murciana y Chiesi.

Novartis reúne a líderes mundiales de la gestión del cambio



El III Foro Novartis de Excelencia reunió en Madrid a destacadas

personalidades como Mijaíl Gorbachov, ex primer presidente de la

F. Ballester, director general de Novartis

Unión Soviética, con su conferencia sobre la gestión del cambio; a Luc Montaigner, director del Centro Nacional de Investigaciones Científicas y descubridor del virus VIH causante del SIDA, con su ponencia acerca de la innovación y sus riesgos; y a Isabel Aguilera, considerada como una de las 50 ejecutivas más influyentes del mundo y una de las 25 mejores de Europa, con su conferencia sobre los equipos de dirección en entornos complejos.

Con esta iniciativa, Novartis pone de manifiesto su compromiso con la formación y especialización de los profesionales. ■

PONTE UN
10
%

Y de regalo, esta
camiseta exclusiva



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

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

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



www.amaseguros.com

Aula de Gestión Sanitaria

Libre elección y área única

Patricia Flores, directora general de Atención Primaria en Madrid, explica las aportaciones del área única al sistema sanitario madrileño.



Patricia Flores*

El sistema sanitario madrileño se plantea el reto de considerar al ciudadano como el protagonista indiscutible de todas sus acciones, y esta afirmación precisa de mecanismos que la hagan pasar de una aspiración a una realidad. Bajo esta premisa, el pasado 12 de noviembre la Asamblea de Madrid, aprobó la Ley 03/2009 de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid. Los madrileños pronto van a poder ejercer el derecho de decidir sobre su salud: por quién y dónde quieren ser tratados.

La libre elección es uno de los retos sanitarios más importantes que pone en marcha el Gobierno regional, y responde a los principios que deben regir la sanidad pública madrileña: calidad, cercanía y equidad, concebida ésta como igualdad de acceso a los recursos del sistema.

La implantación de la libertad de elección requiere el establecimiento de nuevos procedimientos, mejoras organizativas y adaptación de los sistemas de información, que van a suponer una importante transformación de nuestro sistema sanitario en general y de la atención primaria en particular.

En este marco, el área única es el instrumento de organización que permitirá la implantación de la libertad de elección, pasando de un modelo organizativo estrictamente territorial a otro funcional, y actualizando unas estructuras de gestión diseñadas hace más de 25 años, que no res-

ponden a la realidad sanitaria de la Comunidad de Madrid del siglo XXI. Esta nueva estructura organizativa favorecerá los procesos de centralización y estandarización, que actualmente se realizan en once gerencias, a la vez que impulsará la autonomía de gestión de los centros de salud.

Por tanto, la Comunidad de Madrid ha dado un gran paso al considerar que hay que suprimir las barreras administrativas para que el ciudadano pueda elegir médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria y médico especialista y hospital entre todos los del Sistema Sanitario Madrileño.

Equidad y eficiencia

El área única se sustenta en dos pilares: en la equidad y en la eficiencia; con dos protagonistas indiscutibles: el paciente, que elige, y el profesional sanitario, que decide.

Debe destacar además que el área única hará posible que exista una línea de trabajo común en todos los centros de salud, al quedar homogeneizados los procedimientos. Se trata de dar soluciones iguales a problemas iguales, profundizando en la equidad del sistema. Esto se refiere tanto a aspectos clínicos como de gestión. Los profesionales sanitarios contarán con protocolos clínicos comunes, desde el procedimiento de la deshabitación tabáquica al manejo del paciente diabético.

Se establecerán circuitos administrativos comunes, como es el caso de la dispensación de recetas para pacientes cróni-

» El área única es el instrumento de organización que permitirá la implantación de la libertad de elección

» Los profesionales sanitarios contarán con protocolos clínicos comunes, desde el procedimiento de la deshabitación tabáquica al manejo del paciente diabético



“Este modelo de gestión devuelve el auténtico protagonismo a los profesionales y a los centros de salud, que se convierten en una estructura clave de la Atención Primaria y aumentan su autonomía y responsabilidad”

cos, y de la misma forma un paciente tendrá el mismo acceso a las distintas pruebas diagnósticas sea cual sea su lugar de residencia, superándose así el sistema de relación bilateral que se venía produciendo en las distintas áreas sanitarias, entre los centros de salud y el hospital de referencia, que generaba además distintos procedimientos de acceso de un hospital a otro (unos más directos que otros), fruto de la relación asimétrica entre la Atención Primaria y la mal llamada atención especializada.

En un futuro próximo, en Madrid, cualquier ciudadano, sea cual sea su centro de salud, va a poder ser atendido, por obra y gracia de la libertad de elección, en cualquiera de

los 22 hospitales madrileños que van a funcionar en ese espacio común que es el área única (22 son los hospitales que cuentan con población de referencia, de los 33 hospitales que existen en la Comunidad de Madrid), lo cual está generando de manera necesaria una homologación de protocolos de actuación común entre los centros de salud y los hospitales, sin precedentes en la organización sanitaria.

El área única es a la vez un modelo de gestión basado en la eficiencia (menos, en muchos casos, es más) ya que centraliza, lo que produce “economías de escala” (gestión de nóminas, contratos, suministros, almacenes). Permitirá sacar un único

concurso para adquirir un mismo producto o servicio para todos los centros de salud, abaratando, por el mayor volumen, los costes y evitando el despilfarro de trabajo administrativo que genera la tramitación de un mismo contrato en once sitios.

Este modelo de gestión devuelve el auténtico protagonismo a los profesionales y a los centros de salud, que se convierten en una estructura clave de la Atención Primaria y aumentan su autonomía y responsabilidad.

El centro de salud contará con un director, con capacidad para adecuar los aspectos de organización y gestión a la realidad de su centro.

Será el director quien decida cómo llevar a su

centro las líneas de actuación comunes diseñadas para toda la Atención Primaria, desde la gestión de la ausencia de un profesional a la implantación de actividades de prevención de riesgo cardiovascular, por citar un ejemplo.

El ciudadano será el gran beneficiario de estos cambios organizativos. Se garantiza la equidad, el mismo trato allá donde resida, y la eficiencia, con la optimización de los recursos públicos, que los ciudadanos pagan con sus impuestos, pivotando la organización en la estructura clave: el centro de salud. ■



Una actividad de Aula Bayer:



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

El acto coincidió con el primer aniversario de *El Dentista del Siglo XXI*

Cuarta edición de los Premios Spanish Publishers Associates de Odontología

La cuarta entrega de los premios Spanish Publishers Associates (S.P.A.) de Odontología reunieron el pasado mes de junio a más de trescientas personas relacionadas con el sector dental en el madrileño Hotel Ritz. El Ministerio de Sanidad y Política Social, la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid y la Sociedad Española de Odontología para el Minusválido y Pacientes Especiales (SEOEME), entre otros, figuraron entre los galardonados en esta ocasión.



Foto de familia de los premiados y el jurado.

Un año más los premios de odontología patrocinados por las revistas *Dental Practice*, *JADA* y *El Dentista del Siglo XXI* (todas ellas editadas por S.P.A.) reunieron lo más destacado del sector bucodental, para distinguir a aquellos miembros cuya labor a lo largo del pasado año ha sido especialmente reseñable.

Presidió el acto Manuel García Abad, editor de las publicaciones y presidente de S.P.A., acompañado por Felipe Aguado, director del Área de Revistas Dentales de S.P.A. Fernando Gutiérrez Guzmán, director asociado de *El Dentista del Siglo XXI*, y los profesores Elena Barbería y Antonio Bascones.

Durante su intervención, García Abad destacó la completa cobertura que el Área de Revistas Dentales de S.P.A. ofrece a los profesionales del sector por medio de sus tres revistas: “*JADA* es un referente desde el punto de vista clínico, *Dental Practice* ofrece una perspectiva de gestión que ayuda a plantear la consulta como una empresa innovadora; y *El Dentista* completa la imagen de la pro-

fesión desde una perspectiva social”.

El acto se clausuró con las palabras de Felipe Aguado, director del Área de Publicaciones Dentales de S.P.A., quien destacó los buenos resultados cosechados por *El Dentista del Siglo XXI* en su primer año de vida, lo que demuestra que “ha venido a cubrir un hueco que el sector demandaba”, y agradeció a Manuel García Abad “la valentía de iniciar un nuevo proyecto en estos tiempos difíciles”.

Además de las categorías habituales, se otorgaron tres premios especiales, uno por cada publicación: el Premio Especial del Jurado *Dental Practice*, concedido a la empresa de distribución de equipamiento dental de alta tecnología UEDA Europa; el Premio Especial del Jurado *El Dentista*, que fue a parar a manos de la comandante odontóloga de las Fuerzas Armadas Elena Villalta González; y el Premio Especial *JADA*, otorgado al presidente del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Murcia, Fernando Sabrás Puras. ■

RELACIÓN DE PREMIADOS

MAPFRE FAMILIAR
ASEGURADORA DEL SECTOR DENTAL

CAPIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
SERVICIO HOSPITALARIO DE
ODONTOESTOMATOLOGÍA

GEISLITCH BIO-OSS (INIBSA)
INNOVACIÓN TECNOLÓGICA DENTAL

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
DE MADRID
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

LABORATORIOS KIN
PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL

ARAGONESES CENTRO PROTÉSICO
MEJOR LABOR EN TECNOLOGÍA PROTÉSICA

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA
SOCIAL
ENTIDAD PÚBLICA EN APOYO
A LA SALUD BUCODENTAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOLOGÍA
PARA EL MINUSVÁLIDO Y PACIENTES
ESPECIALES
SOCIEDAD CIENTÍFICA DESTACADA

“ORTODONCIA MULTIDISCIPLINAR.”.

V. SADA
ARTÍCULO ESPAÑOL EN *DENTAL PRACTICE*-
EDICIÓN ESPAÑOLA

“PROTOCOLOS ANTIBIÓTICOS EN
ODONTOLOGÍA”.

G. SÁNCHEZ, J. DEL RÍO.
ARTÍCULO ESPAÑOL EN *JADA*-EDICIÓN ESPAÑOLA

UEDA EUROPA
PREMIO ESPECIAL *DENTAL PRACTICE*

ELENA VILLALTA GONZÁLEZ
PREMIO ESPECIAL *EL DENTISTA*

FERNANDO SABRÁS PURAS
PREMIO ESPECIAL *JADA*

Homenaje literario a la Gran Vía madrileña

El pasado mes de junio tuvo lugar en el Hotel Ritz de Madrid, la entrega de premios de VIII Certamen de Ensayo Literario Centro Médico Gran Vía. El certamen premió a los autores de un trabajo sobre una figura o acontecimiento relevante en la historia de España



Antonio D. Olano recibió el primer premio del Certamen auspiciado por el Centro Médico Gran Vía

y rindió un pequeño homenaje a los mayores para resaltar su importancia en la sociedad.

El tema elegido para la presente edición era "Cien años de Madrid a través de la Gran Vía", con motivo de la celebración del Centenario de la Gran Vía.

El primer premio de este año fue para el periodista Antonio D. Olano y la entidad benéfica a la que se entregó la mitad del premio fue Mensajeros de la Paz, para los niños de Haití. ■

La Audiencia Nacional suspende cautelarmente la inhabilitación

Diego Murillo restituido en la presidencia de A.M.A.

La Sección Sexta de la Sala Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional ha suspendido cautelarmente la inhabilitación y suspensión de sus cargos impuesta por la Dirección General de Seguros contra el presidente de A.M.A. (Agrupación Mutual Aseguradora), Diego Murillo, y dos secretarios de la mutua, Manuel Campos y Manuel Sánchez.

Anteriormente, la sentencia dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid del pasado 22 de abril, anuló las medidas de control especial dictadas por Seguros contra A.M.A. La Audiencia revoca así un anterior auto suyo de 13 de noviembre de 2009, en el que había mantenido la inhabilitación temporal. ■



Pharma
Mar
Grupo Zeltia

Todo el poder del mar, ahora contra el cáncer

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

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

iSOFT y Medic4all unidos en el desarrollo de la medicina

Las compañías iSOFT y Medic4all aprovecharon su presencia en la Conferencia World of Health IT

iSOFT

(WoHIT), celebrada en Barcelona, para anunciar la firma de un acuerdo de colaboración que pretende desarrollar soluciones que den respuesta a la demanda creciente de asistencia sanitaria fuera del entorno tradicional del hospital. El acuerdo añade un importante valor a la línea Consumer de iSoft que desarrollará en su entorno una solución que permite al profesional sanitario llegar al paciente, y viceversa, desde cualquier lugar en el que se encuentre a través de plataformas y dispositivos *wireless* que facilitan una conexión inmediata entre ambos.

Por otra parte, iSoft ha presentado recientemente dos nuevos sistemas de información de apoyo a la práctica clínica y la gestión en las organizaciones sanitarias: Viaduct y Vantage Point. ■

La OMC y Medical Economics ahondan en la realidad del sector médico privado

La Organización Médica Colegial (OMC), en colaboración con *Medical Economics*, han puesto en marcha una encuesta *online* para conocer las necesidades del médico que ejerce en el sector privado. Este proyecto cuenta, también, con la participación de la Fundación para la Formación de la OMC (FFOMC). La encuesta está diseñada en dos bloques. Una primera parte con preguntas para estudiar los distintos aspectos del perfil profesional del médico en España, con especial atención al capítulo retributivo; y un segundo bloque, coordinado por la FFOMC junto con la colaboración de MSD, enfocado en las necesidades formativas del médico.

La encuesta tiene como principal objetivo conocer la realidad profesional del médico con ejercicio privado en nuestro país. Con los datos obtenidos, entre ellos los aspectos de retribución y de formación, podrá evaluarse la calidad del sector médico privado en España, segmento de vital importancia en la asistencia sanitaria.

Los interesados en participar en la encuesta pueden acceder a ella en www.medecoes.com o www.cgcom.org. ■

eHealth: salud para el siglo de la convergencia digital

La eSalud es un nuevo concepto de sanidad que asume la fusión entre tecnología y atención sanitaria como parte integrante de la salud del siglo XXI. MEDICAL ECONOMICS resume algunos de los temas tratados durante la eHealth Conference 2010 celebrada en Barcelona

The logo for the eHealth Conference 2010, featuring the word "health" in a lowercase, sans-serif font with a stylized "e" that has a dot above it. Below the word "health" is the text "CONFERENCE 2010" in a smaller, uppercase, sans-serif font. The logo is set against a light blue rectangular background.

health
CONFERENCE 2010



iSOFT

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

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

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

www.isofthealth.com

Cuando la telemedicina sí funciona

La telemedicina es una tecnología confort basada en las telecomunicaciones, explicaba Pedro Serrano, director del departamento de Planificación, Evaluación y Tecnología Sanitaria del Ministerio de Salud de las Islas Canarias y moderador de la mesa dedicada a esta materia durante la eHealth Week. Para Serrano, “la telemedicina es una de las pocas tecnologías sanitarias que reúne equidad y eficiencia”, de modo que puede resultar de gran ayuda a la hora de afrontar el reto de la sostenibilidad en los sistemas sanitarios.

El proyecto de telemedicina en el Veneto, tal y como se desarrolla hoy comenzó en 2004, aunque previamente ya se habían hecho algunos intentos que tropezaron con problemas de recursos. El secretario regional para la salud, Giancarlo Ruscitti, planteaba los dos problemas básicos a los que se enfrenta su región: la necesidad de reducir gastos en los cuidados sanitarios y la falta de profesionales.

Para enfrentarse a ambos problemas, el uso de telemedicina parece haber dado resultados prometedores en el Veneto, donde han participado en los últimos diez años en 63 proyectos en colaboración con la Comisión Europea, algunos de ellos de aplicación local, pero otros que llegaron a exportarse al resto de Europa. Entre ellos, Ruscitti destacaba, por ejemplo, el proyecto “Health Optimun” que “conectaba las siete grandes áreas de nuestra región y era una manera de compartir las inversiones y las tecnologías de los mayores hospitales de las regiones de Padua y Verona con el área de una provincia diferente. De esta manera, podemos atender a unos cinco millones de habitantes. Además, redujimos los costes en inversiones en los hospitales locales de la región y creamos una red de conocimientos”.

Giancarlo Ruscitti señalaba para finalizar su intervención que “desgraciadamente no todas las regiones italianas están tan implicadas con la telemedicina, pero “pensamos que los cuidados sani-

tarios son uno de los pilares de nuestra economía y consideramos que el uso de las tecnologías modernas dentro y fuera de los hospitales debería concebirse como una manera de mejorar la calidad y la seguridad en beneficio de los pacientes”.

La exposición de Peter Schwarz, jefe de Prevención y Cuidados de la Diabetes de la Universidad Carl Gustav Carus en Dresden, Alemania, se centró en la aplicación de la telemedicina en los cuidados clínicos y, en concreto, en los pacientes de diabetes. “Nosotros recetamos a diario a nuestros pacientes de diabetes un medidor para calibrar el azúcar en la sangre que transmite los valores a una base de datos de pacientes en Internet”.

Al igual que en el caso italiano, Schwarz destacaba que uno de los problemas de su región, situada en Sajonia, es que el número de profesionales médicos se está reduciendo. A ello se une que “el número de personas con diabetes es alarmantemente alto y su correcto seguimiento muy complicado. “Hace unos ocho meses, una pequeña empresa alemana desarrolló una herramienta denominada GlucoTel, que mide directamente el nivel de azúcar en sangre y transfiere los niveles a una bitácora en Internet a la que tiene acceso el médico”.



“Actualmente, tenemos a unos seis mil pacientes que están usando esta herramienta en la práctica clínica diaria y nuestro interés es identificar hasta qué punto esta herramienta abre caminos desde la perspectiva de la salud pública”. Los primeros resultados indican que aunque la herramienta sólo es un medidor de azúcar está influyendo de forma positiva en el cumplimiento de los tratamientos indicados.

Para Peter Schwarz, la gran ventaja que aporta GlucoTel es la accesibilidad: “tanto el médico como el paciente, tienen acceso a los datos en el momento en que se han medido, mientras que actualmente se necesitan de tres a seis meses para que estos datos alcancen la base de datos de cuidados sanitarios”. En conclusión, “creemos que la telemedicina será una herramienta para hacer frente a un mejor seguimiento de enfermedades crónicas como la diabetes y que ayudará a resolver algunos de los problemas de salud pública en relación a tales enfermedades”.

Registro sanitario en línea

La experiencia expuesta por Benny Eklund, director de Sistemas Estratégicos y de e-Gobierno del Consejo Regional de Uppsala, Suecia, se centró en la apuesta realizada en esa región para crear un registro sanitario *online*. “Todo empezó en 1997 cuando intentamos instalar un auto servicio para pacientes. Después de unos años, conseguimos instalar en línea un registro electrónico para aquellos pacientes que lo querían. Como resultado, tuvimos un proceso legal y finalmente conseguimos que se aprobara una nueva ley en julio de 2008”.

La ley sueca de protección de datos decía que sólo aquellas personas involucradas en el cuidado de los pacientes podían tener acceso a los datos del expediente clínico, y el Consejo Sueco para la Protección de Datos interpretó que el paciente no estaba involucrado en su cuidado y que, por lo tanto, no debía tener acceso a ese expediente. Eklund explicaba que para poder continuar con el proyecto, tuvieron que realizarlo como proyecto de investigación. “Hemos hallado que el paciente encuentra bastante seguro el banco de datos por Internet, y que este registro mejora tanto la calidad de los datos incluidos como la relación entre médico y paciente”. “Ha llegado la hora de abrir por completo el registro médico al paciente. No digo que los pacientes se tienen que autocurar, pero sí que pueden hacer más cosas por ellos mismos. Y debemos proporcionarles tales posibilidades”.

Lluís Donoso, director del Centro para la

Diagnosis por Imagen en el Hospital Clínico de Barcelona, acudió al encuentro en calidad de representante de la Sociedad Europea de Radiología (SER). Desde ese punto de vista, recalca que “estamos bastante acostumbrados a la telemedicina, ya que en toda Europa cientos de miles de pacientes han estado expuestos a ella en los últimos años. Por lo tanto, en radiología estamos convencidos de sus beneficios, pero también somos conscientes de los inconvenientes que presenta”.

En cuanto a los beneficios, señalaba Donoso, “resulta evidente que para aquellas comunidades que se hallan a cierta distancia de un centro importante, que no tienen suficientes fondos para emplear a un radiólogo o donde no hay suficiente volumen de trabajo para justificar tal empleo, existen muchos servicios de tele-radiología. Otro beneficio obvio es, en caso de emergencia, el poder proporcionar un servicio las 24 horas del día que entrega informes

de imágenes a aquellos centros donde no hay un servicio propio de radiología”.

En cuanto a los problemas, Lluís Donoso destacaba sobre todo los referentes a comunicación. “no se trata sólo de enviar una imagen y recibir de vuelta un informe en papel, necesitamos interactuar con nuestros compañeros radiólogos o médicos en la comunidad radiológica o en los hospitales a distancia. Necesitamos tener la capacidad de trabajar en equipo”. Además, “hay bastantes problemas potenciales con la legislación a nivel europeo” en cuanto a responsabilidad, consentimiento, jurisdicción y confidencialidad. ■



¿Es posible la sostenibilidad sin eHealth?

“El sistema de salud en el mundo tiene dos enfermedades importantes: una son los costos desmedidos en aumento y la segunda, las serias alteraciones de la calidad”. Así abordaba Juan Carlos di Luca, presidente de la Asociación Argentina de Informática Médica, la cuestión de la influencia del eHealth en la sostenibilidad.

Originaria de Canadá, Sarah Mutti expuso el funcionamiento del sistema sanitario de Singapur del que forma parte desde hace tres años. Dicho sistema está considerado “un ejemplo excelente de alta calidad y coste-efectividad”.

Lo que diferencia el sistema sanitario singapurense del resto es, en opinión de Sarah Mutti, “que hay mucha responsabilidad individual de cara a la atención sanitaria. Existe algo que se llama Medisave que es un plan de ahorro obligatorio, no sólo para la atención sanitaria sino también para la educación, viviendas etc.”. Dentro de este marco de responsabilidad individual, el desarrollo de la eHealth puede resultar de vital importancia puesto que profundiza en esa dirección de autogestión del paciente. La eHealth implica mejoras en la atención sanitaria, en los reconocimientos preventivos y en el flujo de trabajo”.

Misha Kay, manager del Global Observatory for eHealth, centró su exposición en si la eHealth es sostenible en sí misma. Para ello recurrió a varios estudios realizados por su organización en los que se reflejaba que para la eHealth los distintos escenarios de financiación resultan completamente vinculantes al hecho de si se desa-

rolla o no. “No hay marcha atrás en eHealth en los países desarrollados. La eHealth se está integrando de manera útil en muchos de los sistemas sanitarios en Europa y éstos están compartiendo sus conocimientos y experiencias de manera importante”.

Mucho menos optimista se mostraba Karl Stroetmann, investigador titular de la empresa alemana Empirica Communications & Technology Research, para quien “en la situación actual eHealth es parte del problema de la sostenibilidad”. Stroetmann arguye que se han realizado miles de estudios intentando evaluar si la eHealth puede suponer un abaratamiento del coste sanitario sin llegar a ninguna conclusión. Para el investigador alemán, “antes de hablar sobre el eHealth y la sostenibilidad, tenemos que reinventar la salud”, afirmaba. “Sólo después de haber reinventado nuestros sistemas sanitarios podemos enfocar el eHealth en el punto adecuado. Entonces sí puede proporcionar mucho a la sostenibilidad”.

En esta misma línea crítica, David McDaid, investigador titular del European Observatory on Health Systems and Policies and LSE Health & Social Care, de la London School of Economics, consideraba que en el terreno de la eHealth “hay muy poca evidencia desde un punto de vista del coste-eficacia”. Aunque también reconocía que “hay beneficios potenciales y éstos no se limitan sólo al sector sanitario sino que también hay beneficios externos, hablo de cuidados de larga duración, de oportunidades para el empleo, el poder evitar tener que pagar prestaciones a la gente que está de baja durante mucho tiempo, ya que su enfermedad se puede tratar mejor”. En líneas generales, McDaid defendió que “hay potencial para pensar que las intervenciones de eHealth pueden ayudar a conseguir una mayor integración de cuidados sanitarios”. ■

Reestructuración de organizaciones: ¿cuándo y cómo?

¿Transforman realmente la sanidad las tecnologías de la información (IT)?, ¿qué impacto tienen en términos de eficiencia?, ¿qué tipo de talentos se necesitan para llevar a cabo los cambios?, ¿es realmente una realidad la revolución digital en el campo de la salud? Éstas son las preguntas que Mateu Huguet, director del Instituto de Estudios de la Salud de Cataluña, formuló a los participantes en el debate sobre la asunción del cambio tecnológico por parte de las instituciones sanitarias.

Un buen ejemplo de asunción de nuevas tecnologías es el Hospital Georges Pompidou de París. Su jefa de Medicina Informática, Patrice Degoulet, explicaba el “robusto marco de IT” con el que trabaja su centro para gestionar tanto los cuidados como la investigación. “Primero, se requiere una dirección global de IT; segundo, dentro del dominio de la investigación hay que considerar el *software* apropiado; tercero, se deben usar las mismas herramientas para cuidar al paciente y para alimentar su historial; cuarto, se necesita interoperabilidad entre el registro electrónico de la enfermedad y el registro de la investigación; por último, es necesaria cierta armonización entre los datos de cuidados y los de investigación”.

En el Hospital Pompidou comenzaron con “un único registro electrónico de la salud al que se puede conectar tanto el paciente como el profesional” y, posteriormente, “creamos un almacén de datos clínicos que se puede usar para alimentar datos de historiales orientados hacia las enfermedades o para enviar información a la base de datos de pruebas clínicas farmacéuticas”.

El caso del Institut Català de la Salut es uno de los mejores ejemplos de integración en nuestro país. Lola González, directora Económica y de Organización del mismo, explicaba que cuando decidieron realizar un cambio

“nosotros sí teníamos unos objetivos más organizativos que tecnológicos”. Y entre los objetivos que se plantearon se encontraba “eliminar la división entre Atención Pri-

maria y Hospitalaria y mejorar la accesibilidad”.

Según su experiencia, no vivieron el momento de rechazo inicial a la tecnología que se preveía y el resultado es que en la actualidad los ocho hospitales de la comunidad catalana trabajan siguiendo los mismo esquemas y bajo una única nomenclatura. Para Lola González “cuando unos objetivos determinados se apalancan mediante la tecnología adecuada éstos se alcanzan en su mayor parte”.

José Enrique Fernández, de la Organización Siemens, afirmaba que “si queremos incrementar la calidad de la asistencia sanitaria y reducir el coste, la respuesta está en la innovación y la optimización de procesos”. Por ello considera necesario no olvidar que en los cuidados sanitarios hay tres dimensiones: “economía, tecnología y medicina”. Y tres escenarios más allá de los centros hospitalarios: “el paciente, su hogar y la tecnología”. Lo más importante para Fernández es “pasar de la medicina reactiva que tenemos hoy en día cuando estamos esperando ver los síntomas a una nueva medicina, la medicina molecular, donde tendremos una medicina provisoria, preventiva y personalizada”. Para ello es necesaria la tecnología que “volverá a cambiar y llevará al tratamiento del paciente a su hogar”.

Por su parte Lluís Alegre, director general del Son Dureta, Hospital de Palma de Mallorca, incidía en que “debemos reflexionar sobre si la solución en línea aporta o no beneficio económico a un sector como el nuestro”. Pero Alegre va más allá, y considera que además no tiene por qué ahorrar costes ya que su función es otra.

Para concluir, Alegre quiso recordar que “no todo lo que tecnológicamente es posible es necesario. Y no todo lo que es tecnológicamente posible aporta algo. Creo que tenemos la inmensa responsabilidad de evaluar las TI's y no lo estamos haciendo”. ■



Un mercado eHealth europeo

Además de la introducción de las IT en la sanidad, es importante no olvidar la convergencia global que vive la sociedad. Por ello, la eHealth Week 2010 planteaba en su último día la existencia de un mercado europeo de eHealth. Para Francisco Ros, secretario de Estado de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información del Ministerio de Industria español y presentador de la sesión, estamos ante una “gran oportunidad para que las tecnologías IT y el sector sanitario trabajen juntos”, pero ¿también a nivel europeo?

Ninguno de los participantes en la sesión parecían tener dudas acerca de la existencia de un mercado eHealth europeo, algo que se considera ya un hecho de *facto*, de modo que las preguntas claves se encuentran más en el cómo que en el qué.

Martín Vial, director general de Europe Assistance Group en Francia, abrió la sesión destacando que “el sector sanitario forma parte de un cambio de envergadura que se extiende más allá de sí mismo, es lo que yo llamo la revolución de los cuidados”. Vial definió eHealth como “un negocio que propone cuidados sanitarios, acceso a datos e información médicos inmediatamente mediante el uso combinado de Internet, las telecomunicaciones, el procesamiento digital de los datos, la robótica y la inteligencia artificial”. Esta definición implica una gran carga tecnológica, “la transformación no es sólo un cambio en cuanto a la tecnología, sino también en cuanto a la organización”, un cambio que pasa por la descompartimentación del hospital, pero también por el salto de las fronteras.

Por ello, destacaba que en el futuro inmediato surgirán “nuevos actores como Europe Assistance que ejercerán como plataformas médicas que enlazan pacientes, compañías de seguros y autoridades públicas”.

Precisamente en esas nuevas plataformas médicas se centró Jonathan Wareham, director de Investigación y Profesor de Sistemas Informáticas de la escuela ESADE, que presentó varios estudios acerca del papel de los intermediarios en los mercados para extrapolarlos al sector sanitario. Wareham destacó que tanto la logística como la gestión de liquidez son básicas para conseguir tener una empresa rentable. “Creo que hay un mercado importante para muchas de estas plataformas, que tienen ya una red y probablemente no ignoran algunos de las cosas más básicas que forman parte de la cadena del suministro del sec-

tor sanitario y que nosotros en la comunidad de la eHealth tendemos a ignorar porque son poco estimulantes”.

Dave Garets, presidente Ejecutivo de Hensel Analytic, en EE.UU., fue el responsable de facilitar una imagen global del actual estado del eHealth en Estados Unidos y Canadá. Garets destacó que las expectativas son muy elevadas en ambos países pero que aún hay mucho camino por recorrer.

Entre los retos estadounidenses señaló: “tenemos unos incentivos realmente perversos porque los hospitales y los médicos ganan dinero cuando la gente está enferma y no cuando los curan”. Y entre los retos comunes a ambos países superar las barreras administrativas y legales que suponen la fragmentación en estados.

Magda Rosenmöller, de la IESE Business School de Barcelona, concordaba con Dave Garets al hablar del mercado eHealth europeo en que una de las dificultades eran las barreras legislativas y la fragmentación. Pero para ella lo más importante es que hay que centrarse en el usuario: “la tecnología existe, pero para hacer realidad el mercado eHealth tenemos que mirar a los usuarios y ofrecerles un uso sencillo para que los pacientes la utilicen”. Desde el punto de vista de los profesionales. Rosenmöller considera que “necesitan la eHealth y las TI's para apoyar su trabajo”, pero también “necesitan estar involucrados en su implementación y hacerse dueños de ellas”. ■



Aún queda mucho por hacer

Soluciones de Carestream eHealth

España carece todavía de infraestructuras informáticas sólidas y seguras y de una banda ancha de alta velocidad en todo el territorio nacional. De hecho, sólo el 70 por ciento de los hospitales y centros de especialidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) disponen de conexiones superiores a 6Mbps, lo que dificulta la transferencia de datos clínicos y no clínicos, dentro y fuera de la red del centro.

Además todavía existe alguna reticencia en cuanto a la transferencia de datos de pacientes y a que estos datos sean trasladados a una tercera entidad que ofrezca la externalización del almacenamiento de los mismos.

La estricta Ley de Protección de Datos no permite definir con claridad el grado de responsabilidad de cada una de las tres partes involucradas: la empresa proveedora del servicio, la institución sanitaria y el propio paciente.

La descentralización del SNS ha permitido que las comunidades autónomas tengan la autoridad y la libertad para avanzar con proyectos individuales de eSalud. Este hecho, en principio positivo, puede suponer un freno a la hora de obtener acuerdos consensuales en materia de programas nacionales de eHealth, como está siendo el caso de la tarjeta sanitaria individual.

Lo comentado anteriormente pone de manifiesto la existencia de una inercia que perjudica el desarrollo e implantación de las TIC en el sistema sanitario español. Un escenario con cifras a mejorar: España con el 6 por ciento, está por debajo de la media de la UE15 a nivel de gasto sanitario (7 por ciento del PIB); y en el 2009, de los 58.155 millones de euros de presupuesto sanitario total para las autonomías sólo un 0,9 por ciento ha sido dedicado a las TIC sanitarias.

En esta época en la que es imprescindible buscar soluciones que aseguren la sostenibilidad de los servicios de salud, optimización de los recursos, y garanticen la máxima calidad asistencial de cara al paciente, no se está haciendo lo suficiente.

Cooperación, estandarización y agilización han sido los gritos de guerra pronunciados como conclusión de la conferencia eHealth 2010. En mi opinión falta una, quizás la más importante: ejecución.

Novedades

Desde Carestream Health hemos querido participar en la exposición WoHIT, presentando las últimas novedades desarrolladas por nuestra compañía en el ámbito del eHealth.

Hemos presentado la última generación de RIS (Radiology Information System) y PACS (Picture Archiving and Communication System), y la arquitectura SuperPACS™, que permite crear una lista de trabajo global de las instituciones sanitarias y que contiene estudios de imagen creados desde PACS existentes de múltiples proveedores, sin necesidad de reemplazarlos, simplificando la gestión de la información y la colaboración entre radiólogos, estén donde estén.

También presentamos nuestro conjunto de soluciones de asistencia sanitaria eHealth Managed Services (eMS) que facilita a los hospitales y clínicas la ventaja de externalizar servicios de almacenamiento, intercambio y distribución segura de imágenes digitales, así como otros datos médicos del paciente. Y por último, el Vendor – Neutral Carestream Clinical Data Archive. Una solución de almacenamiento robusta, flexible y escalable que se puede integrar en un sistema EMR/HIS ya existente y que proporciona un punto de acceso único al historial clínico del paciente, ofreciendo total seguridad y protección de sus datos. ■



David Magboulé*

El Colegio de Farmacéuticos de Sevilla consolida su Junta

El pasado mes de junio tuvo lugar el acto de toma de posesión de la nueva Junta de gobierno del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla. Al frente de la misma seguirá Manuel Pérez. La nueva Junta se caracteriza por su continuidad, ya que sólo cinco puestos cambian de titular. La formación de los boticarios y la defensa de la profesión son algunos de los objetivos de su nuevo mandato. Pérez contará en esta nueva andadura, entre otros, con Manuel Ojeda Casares, como vicepresidente. ■



De izda. a dcha., Manuel Pérez; Miguel Carrero, de PSN; Manuel García Abad, editor de S.P.A.; y Fernando Gutiérrez de PSN.

ViiV Healthcare contra el VIH pediátrico

ViiV Healthcare, la compañía global especializada en VIH constituida en 2009 por GlaxoSmithKline (GSK) y Pfizer, ha anunciado recientemente dos importantes acuerdos para ayudar a mejorar la vida y el tratamiento de los niños y los bebés portadores del VIH en África y Asia.

ViiV Healthcare donará dos millones de dólares en los próximos dos años, con el objetivo de financiar un nuevo proyecto con la Fundación Elizabeth Glaser de SIDA Pediátrico para la detección temprana del VIH y de esta forma, mejorar el acceso a las medidas de prevención del VIH y al tratamiento para los niños y bebés en África. La colaboración en un primer momento se centrará en los proyectos que actualmente desarrolla la Fundación en tres países con tasas de VIH/SIDA bastante altas: Lesoto, Malawi y Swazilandia. ■



Estamos allí.
Cerca.

Cerca. Es nuestro compromiso con la calidad.

Ser globales implica ser excelentes en calidad y servicio. A ello contribuye el programa de intercambio de técnicos entre nuestros centros de España, México y China.

Economía de la Salud

en el Área de Dolor (VI)

Dolor y calidad de vida



María Teresa Jubete Vázquez*

La Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como: “la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.” Por tanto, medir el impacto que determinadas enfermedades o síntomas pueden tener en el estado de salud del paciente, lo que se denomina calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) nos ayudaría a dar una magnitud adecuada a estas patologías.

La CVRS es una interpretación subjetiva del paciente en relación a la influencia de la enfermedad en su vida y las consecuencias que conlleva, tanto desde el punto de vista funcional (capacidad para las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse o alimentarse, la actividad ocupacional y síntomas físicos relacionados con la enfermedad), como desde el punto de vista subjetivo (es decir, cómo se siente en relación a esa situación, sus relaciones sociales y aspectos psicológicos como la percepción de salud).

Entre los cuestionarios para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud utilizados en pacientes con dolor destacan el SF-36 (que consta de 36 ítems que abarcan 8 dimensiones de la salud percibida: función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general), el SF-12 (una versión reducida del anterior), el Health Assessment Questionnaire, el Nottingham Health Profile y el EuroQol-5D (EQ-5D, que contiene 5 dimensiones: movilidad, autocuidados, capacidad para realizar actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión).

En lo referente al dolor crónico, la larga evolución del proceso y su alta prevalencia, así como la complejidad del proceso por la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales, pueden conllevar una importante reducción de la CVRS percibida por los pacientes.

Atendiendo a los resultados de la encuesta *Pain in Europe* (realizada en 16 países europeos a 46.000 sujetos), España sería el país con menor dolor crónico entre los 16 participantes (11 por ciento frente al 16 por ciento) pero con una duración mayor: 9,1 años de media frente a los 7 años del resto de los países. El 44 por ciento de ellos tendría dolor severo (puntuaciones máximas en escalas de dolor). Considerando a todos los participantes que padecen dolor crónico, aproximadamente la mitad lo presentan constante, el 60 por ciento lo sufren desde hace como mínimo dos años y una quinta parte desde hace 20 años o más.

En los aspectos que más claramente afectan a la calidad de vida dentro de este estudio, un 40 por ciento de los afectados refieren sentimientos de impotencia, indefensión o incapacidad, y casi un 40 por ciento no son capaces de recordar cómo se sentían cuando no existía el dolor. Un 30 por ciento manifiestan ser dependientes de otras personas y el 19 por ciento no pueden mantener relaciones sexuales como consecuencia del dolor. Asimismo, el padecimiento de dolor tiene implicaciones claras en el estado emocional (sensación de cansancio e incapacidad para concentrarse) y en las relaciones sociales (y el sentimiento de que sus allegados no comprenden su enfermedad) de quienes lo sufren. Otro ámbito muy importante en el que el dolor afecta a la calidad de vida es el relacionado con el ámbito laboral; así, en España, a un 22 por ciento le supuso la pérdida de su trabajo, mientras que un 8 por ciento tuvieron que cambiar las responsabilidades de su trabajo, y un 4 por ciento cambiar éste completamente. Finalmente, un 29 por ciento fueron diagnosticados de un trastorno depresivo en relación a su dolor.

El dolor crónico es uno de los motivos de consulta más frecuente en Atención Primaria. En el estudio *Cavidol: calidad de vida y dolor en Atención Primaria*, se comparó la CVRS de pacientes que consultaban por dolor, con la de

» Según los datos de la encuesta *Pain in Europe*, un 40% de los afectados por dolor crónico refieren sentimientos de impotencia, indefensión o incapacidad

» La limitación de la actividad física influye directamente sobre la calidad de vida disminuyendo las puntuaciones que los pacientes dan tanto en el índice de salud física como el índice mental

pacientes que consultaban por cualquier otra patología. Se empleó el cuestionario de calidad de vida SF-36, en su versión validada para la población general española y se observó que existían diferencias, estadísticamente significativas, entre el grupo de los pacientes con dolor y el grupo de los pacientes con otras patologías en las ocho dimensiones que analiza la encuesta SF-36, llegando a la conclusión de que existe una fuerte asociación entre la presencia de dolor y el deterioro de la CVRS.

En el Estudio ITACA (Impacto del Tratamiento Analgésico sobre la Calidad de vida en Algas), en el que han participado 100 unidades de dolor de nuestro país en el segundo semestre del año 2001, los resultados son coincidentes con los que ya hemos descrito en otros estudios. Las personas con dolor crónico no maligno tienen una afectación multidimensional de la calidad de vida, que supera a otras enfermedades médicas crónicas. Las puntuaciones de calidad de vida (valoradas por el cuestionario de salud SF-12) estarían muy por debajo de lo que podríamos considerar valor medio (50 puntos). Los pacientes tienen peores puntuaciones en el índice de calidad de vida referente al estado físico que en el estado de salud psíquico o mental. La limitación de la actividad física influye directamente sobre la calidad de vida

disminuyendo las puntuaciones que los pacientes dan tanto en el índice de salud física como en el índice mental. Los indicadores predictivos negativos de salud física y mental de calidad de vida relacionada con la salud obtenidos están en relación con el sexo femenino, sobrepeso, edad avanzada, y artrosis como causa del dolor.

Dolor y alteraciones en el ámbito psicológico van estrechamente unidas como dejan patentes los resultados de numerosos estudios. Existe una asociación negativa entre el estado de salud y la sintomatología de ansiedad, la depresión y la intensidad del dolor. Ante el dolor, los individuos ponen en marcha estrategias de actuación para afrontarlo y mejorar su calidad de vida. Las más eficaces en el dolor crónico probablemente sean aquellas que eliminen la atención y concentración del individuo sobre su dolor y la desvíen hacia otras actividades, así como las de autoafirmación.

Para terminar, un estudio realizado en Holanda resulta interesante porque indica que, además de constatar la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud que implica el dolor, esta pérdida se asocia en mayor medida con la manera en que el paciente afronta el dolor (en concreto con la asunción de pensamientos negativos relacionados con dicho dolor) que con la propia intensidad del dolor. ■

Sección patrocinada por:



**Grünenthal
Pharma, S.A.**

Para saber más:

Pain in Europe Survey. <http://www.paineurope.com>

Fundación Grünenthal. *Evaluación y diagnóstico del dolor.*
http://www.grunenthal.es/grt-cw/Grunenthal_Pharma/Compania/Fundacion_Grunenthal/Publicaciones/55200154.jsp

M. C. López-Silva et al. *Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria.* Revista Sociedad Española Dolor Vol. 14, N.º 1, Enero-Febrero 2007, 9-19.

M. Casals y D. Samper. *Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA.* Revista Sociedad Española Dolor Vol. 11, N.º 5, Mayo 2004, 260-269.

F. Torre et al. *Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor.* Revista Sociedad Española Dolor Vol. 15, N.º2, Febrero 2008, 83-93.

Lamé et al. *Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity.* European Journal of Pain, Vol. 9, N.º1, Febrero 2005, 15-24.



Jorge Egocheaga durante una ascensión al Kanchenjunga, Himalaya.

Vacaciones con riesgo y arte

Escalar montañas, pilotar un ultraligero, correr una maratón, escribir una novela, pintar un paisaje, esculpir una figura, interpretar a Mozart en el piano o tocar la guitarra eléctrica en una banda son algunas de las actividades que los médicos practican en vacaciones.

Por Gonzalo San Segundo

Los políticos ponen a la Sanidad española por las nubes y algunos médicos se suben a ellas para comprobar cómo al Sistema Nacional de Salud le están fallando los motores. Es el caso de Miguel de Gabriel Pérez (Salamanca, 1959), especialista en Traumatología y médico general en la consulta de su casa, en el pueblo leonés de Cistierna. “La Sanidad en este país puede caer en barrena”, dice, mientras contempla la avioneta Piper Cherokee 140 con la que el año pasado ganó la XLIII Vuelta Aérea a España y Trofeo de S. M. el Rey, a *pachas* con el también piloto Antonio Carrasco Fernández, presidente del Colegio de Farmacéuticos de León. “Este año sólo ha podido celebrarse una etapa por las condiciones meteorológicas y hemos quedado segundos”, añade.

De Gabriel, que suele volar unas 60 horas al año con aviones del Aeroclub de León, y Carrasco realizan ahora sus acrobacias con un avión nuevo, un CA21 Corvus Ph, muy ligero, de 270 kilos de peso y 120 nudos de velocidad máxima (220 Km/h), “que nos tiene locos”. Siempre al mando de monomotores, este médico de área del Sacyl ha pilotado los Cessna 152 y los PA 28, “aviones fantásticos de 35 y 40 años”.

Incluso se ha atrevido con los ultraligeros, como el que el dúo utilizó en el Rally Toulouse (Francia)-Saint Louis (Senegal). “Fue apasionante —comenta—, por primera vez en su historia lo volamos con avión ultraligero: un Sierra. Nos hicimos mas de 10.000 kilómetros, 60 horas de vuelo en unos 13 días, sobrevolando toda la costa mediterránea española, Marruecos, Mauritania y Senegal. Fue en octubre pasado, pero todavía me emociona recordar el vuelo de horas y horas de desierto, el aterrizaje en Cabo Jubi (la actual Tarfaya) y alguna peripecia en el aeropuerto de Nouadibu, en la inestable Mauritania”.

Antes de que este verano regrese a los aires a bordo del Corvus Ph, confiesa que su afición como piloto le viene desde niño (“me llamaba la atención todo lo que podía volar”), hasta que en 1990 se pagó un curso en

Alcazaren, Valladolid, con un Tango, uno de los primeros ultraligeros. Una década después se hizo piloto privado.

Otro que tal vuela, y también traumatólogo, es Alejandro Braña Vigil, jefe del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Central de Asturias. Las manos de este ovetense nacido en 1950, casado y con seis hijos, son hábiles, tanto en la práctica de la cirugía como en el pilotaje de una avioneta, concretamente en un Savanna, “ágil, manio-brable y muy divertido de volar”. Este verano quizá pase unos días en Ocaña (Toledo) “para disfrutar del vuelo a vela y del estupendo espíritu aeronáutico que está presente en todos los rincones de ese aeródromo”.

Cuenta que “desde siempre” tuvo afición al vuelo, a su historia, a su desarrollo y a su práctica. Tal era su afición, que a los 20 años se atrevió a diseñar un planeador que, sin embargo y “gracias a Dios, no fue posible construir, porque seguramente en esa aventura acabaría descalabrado”. De manera que eligió una Cessna 172C para sus comienzos en la aviación deportiva.

Braña elige para sus vuelos, preferentemente, las montañas de Asturias, Cantabria, Galicia o León, porque “me proporcionan una gran sensación de libertad y de satisfacción”, pero sin olvidar este viejo consejo: “Más vale estar en tierra queriendo estar en el aire que al contrario”.

No todas las aficiones que practica en su tiempo libre son arriesgadas. Por ejemplo, es un notable retratista y veloz caricaturista. Tampoco se arriesga cuando el periodista le invita a que trace su propio retrato: “No tiene nada de particular. Hay que destacar mi amor por la familia y mi profunda vocación por la Medicina y cirugía del aparato locomotor. Soy muy laborioso y trato de organizarme bien mi tiempo. Como terapia antiestrés de fin de semana y vacaciones practico la más relajante de las aficiones: el vuelo”.

Emulando a Cervantes

Para otros, lo relajante en vacaciones es escribir novelas, cuentos o poesía. El caso es dar rienda suelta a la ima-



“Como terapia antiestrés de fin de semana y vacaciones practico la más relajante de las aficiones: el vuelo.”

ginación, hacer piruetas en la mente, dibujar acrobacias fantásticas.

Como Carmen Lafay Bertrán, que en su blog (www.carmenlafay.com) cuelga su partida de nacimiento: “Nace a las nueve de la mañana del 5 de octubre de 1954 en la barcelonesa Clínica Adriano”.

Lafay, hija de padre francés y madre catalana, especialista en Radiodiagnóstico, trabaja en la Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud (ICS). Sintió el aguijón

profesional de la literatura en 2001, matriculándose en el Aula de Escritores del barrio de Gracia “en busca de unas directrices” para la novela que estaba escribiendo: *Yo no soy tuya*. Luego vendrían otros títulos premiados, como *Nosotras y ellos*, finalista del IV Premio Delta de novela y *Tots tenim secrets*, ganadora en 2009 del Premi de Literatura Marítima Josep Lluís Savall.

Algunos títulos de sus novelas sugieren una posición netamente feminista. Ella lo explica: “Fui femi-

nista en los setenta, cuando la mujer vivía todavía bajo el yugo masculino. Actualmente no me considero feminista, pero me gusta hablar de la mujer, de su psicología, de sus aspiraciones, de sus luchas, tal vez porque me hacen sentir más segura como escritora. Sin

actual de Europa, algo que me fascina”. Saca tres horas al día para escribir y siempre tiene varias novelas en proyecto. La más avanzada que redacta en estos momentos es una ficción sobre el asesinato de Edgar Allan Poe.

Más horas le saca al día para la escritura (poesía y novela) José Antonio Abella Mardones (Burgos, 1956), médico rural de tres pueblecitos segovianos: Martín Miguel, Juarros de Ríomoros y Marazoleja. Dice que su padre le recordaba con frecuencia dos refranes: “Quien mucho abarca, poco aprieta” y “Hombre de muchos oficios, hambre segura”. Ninguno de ellos le cuadra a este burgalés afincado en Segovia desde 1987. Tiene cuatro novelas publicadas: *Yuda*, *La esfera de humo*, *Crónicas de umbrroso* y *La tierra leve*; con el cuento *El fin de las palabras* ganó el Premio Hucha de Oro en 2008, y acaba de poner a la venta el libro de relatos *Unas pocas palabras verdaderas*.

Para Abella, escribir resulta “un trabajo del que no como, pero del que vivo”, consciente de que “literatura y Medicina no se necesitan, pero se ayudan y tienen puntos en común”. Dice que a sus pacientes les suele decir con frecuencia que “la lectura es la gimnasia del cerebro”, pero para él la escritura es mucho más: “Escribir es reordenar el propio mundo, intuir una luz en el caos, develar el territorio de los milagros secretos”. Dicho de otro modo: “la escritura cumple para mí una función terapéutica, me ayuda a vivir”.

De sus pacientes saca, con frecuencia, el argumento para sus obras, ya que “los sueños rotos, la soledad, el desengaño final son enfermedades que no figuran en los tratados de patología, pero que todo médico ve en su consulta diaria”. Ahora está embarcado en un proyecto editorial: Isla del Náufrago, del que destina el 25 por ciento de sus beneficios a la alfabetización en América Latina.

Además, Abella es un reconocido escultor, que trabaja, preferentemente, con el hierro y el bronce. Ha realizado exposiciones individuales y colectivas, como su participación en la XIII Bienal Internacional del Deporte en las Bellas Artes (Madrid, 1999). Su Monumento a la Trashumancia saluda a los viajeros que llegan a Segovia procedentes de Madrid.

Fusión de artes plásticas

También la escultura, pero en madera y con saludos desde Mazcuerras (Cantabria), está



Firma de ejemplares del libro *Nosotras y ellas* de Carmen Lafay.



“Me planteo la escalada como una huída de la monotonía que mata en vida.”

embargo, he escrito cuatro novelas con protagonistas masculinos, tan diferentes de nosotras, afortunadamente. Sin ellos el mundo sería muy aburrido”. Ellos dirían lo mismo de ellas.

Hombre-mujer, mujer-hombre, complementos no siempre determinantes, que llevan a Lafay a plantearse el mundo en el que vive, o sea, temas contemporáneos. “Me preocupa más el presente, con lo bueno y con lo malo. Tengo pendiente de publicar una novela corta sobre un exiliado palestino y acabo de terminar otra en la que un personaje rumano dirige una red de prostíbulos en Barcelona. En todas ellas se respira el mestizaje

INCOSOL

CENTRO MÉDICO

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

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

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

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

Su Salud, nuestro Secreto



HOTEL INCOSOL MEDICAL SPA & RESORT S

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

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

www.incosol.com

INCOSOL
Five | Golden SP & Resort

presente en la tarjeta de visita del especialista en Medicina de Familia y Comunitaria José Antonio Andrés Vera, nacido en 1956 en Zaragoza, ciudad en la que cursó la carrera. En la madera como materia plástica vuelca sus sensaciones, intimismo y sensibilidad, jugando con la estética y la ciencia porque “me gusta estar cerca de la materia prima: la madera y el paciente”. Cuando talla y juega con los volúmenes, la madera la hace suya. Del mismo modo le gustaría

de madera de un embalaje de botellas de vino, sin poder siquiera sospechar que sería el inicio de una trayectoria extensa en el mundo del lienzo. Ha expuesto en media docena de ciudades (la última exposición la realizó el pasado mes de mayo en Tafalla) con éxito de público y críticas favorables. Sus cuadros están cargados de simbolismo dentro de un estilo surrealista. Y es que lo que intenta plasmar “tiene mucho que ver con lo trascendente y con el mun-



Manuel Luis Avellanas en el campo base establecido para una ascensión al K2.

modelar el alma (la salud) de sus pacientes, hacer lo que él llama “medicina rural artística”.

¿Qué tiene el artista de médico? “El arte de las relaciones humanas, de pretender entender los flujos de la vida y su trastorno que es el enfermar”, responde Andrés. ¿Y qué tiene el médico de artista? “Abundante actividad imaginativa la cual intento expresar con la pintura y también con la música y la escritura”, tercia Joaquín Lecumberri Sagüés, jefe de la Sección de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital de Navarra y autodidacta en asuntos de pintura.

Lecumberri (Pamplona, 1954) comenzó a pintar hace unos 16 años. Realizó su primera obra utilizando como soporte la tapa

do de los sueños”.

También de formación autodidacta, como Lecumberri, aparece Antonio B. Castillo Hernández, especialista en Medicina de Familia y Comunitaria y del Trabajo, con destino en un centro de salud de Almería capital, de donde es oriundo. En su tiempo libre resulta un hombre polifacético, pues a la creación pictórica añade una estimable labor poética e incursiones en el cine de cortos en formato súper 8 mm. En sus cuadros, el color (predominio de rojos, verdes y azules) es el verdadero protagonista, y en la naturaleza almeriense halla su principal fuente de inspiración.

“Pintura y poesía no sólo se dan la mano, sino que se complementan para reactivar los sentimientos más profundos. En mi



“Me gusta estar cerca de la materia prima: la madera, con la que modelo mis esculturas, y el paciente.”

caso, intenta ser la representación visual de vivencias que se expresan en los poemas”, afirma Castillo, fundador de la asociación artística Grupo Gabar, a la que pertenecen varios médicos.

Objetivo: la cumbre

¿Qué precio habría que poner a la escalada y coronación de un ochomil? A veces el precio es la propia vida del alpinista. Y eso lo sabe muy bien Jorge Egocheaga Rodríguez, traumatólogo especialista en Medicina Deportiva, con empleo en el centro deporti-

donde le fue posible, Manuel Luis Avellanas Chavala (Huesca, 1952), médico intensivista del Hospital San Jorge de Huesca y consumado experto en tecnologías de la información y comunicación aplicadas al sector sanitario, sobre todo en telemedicina.

Una vez fue en el Narga Parbat (Pakistán), un ochomil conocido como “la montaña que se come a los hombres”, y otra en agosto de 1995, en la expedición al K-2 en la que, a causa de un viento intenso, fallecieron en el descenso los siete alpinistas, tres de ellos aragoneses, que habían coro-

“La expedición al Kilimanjaro que organizó RTVE con jóvenes alpinistas entre 14 y 16 años fue una experiencia divertida y todos llegaron a la cumbre sin problemas médicos.”



vo Quo Fitness de Oviedo, donde nació en 1966. En su palmarés figuran once de las cumbres más altas de la Tierra. La última fue el Annapurda (8.091 metros), el pasado 27 de abril. Le faltan tres para completar los 14 ochomiles, aunque esto no entra en sus planes inmediatos, “salvo que se den una serie de circunstancias muy especiales”.

Este médico de altura, considerado el mejor alpinista asturiano de todos los tiempos, ha sido campeón de Europa de la combinada (maratón y media maratón) de *cross* de montaña, varias veces campeón de Asturias de esquí de fondo y campeón de duatlón. Y es ahí, en su tierra asturiana, donde encuentra sus montañas preferidas para perderse, para disfrutar de la soledad y la aventura de las cimas: la Sierra de Aramo y los Picos de Europa.

Su pasión por la montaña le lleva a contemplar, desde las cumbres, paisajes maravillosos, únicos. Pero, según él, el paisaje “más impresionante, para bien y para mal, es el interior de uno mismo”. Y asegura que “no existe mejor atalaya para la contemplación interior que una cumbre muy alta”. De ahí que se plantee la montaña como “una huida de la monotonía que mata en vida y un intento de encuentro con las verdaderas cosas importantes de la vida, aquellas que están ahí siempre y que por su sencillez y cercanía no les prestamos interés”.

Egocheaga, que hizo su primer curso de escalada a los siete años, ha visto a compañeros sucumbir en el empeño.

También los ha visto y atendido, hasta

nado la cima.

Pero la situación más incómoda que ha vivido fue el pasado verano, cuando le tocó gestionar el rescate del alpinista oscense Óscar Pérez, del Club de Montaña Peña Guara de Huesca del que es vicepresidente. Avellanas lo narra así: “Óscar sufrió un accidente cuando descendía de la cima del Latok II, en Pakistán. Conseguimos llevar a la localidad paquistaní de Skardú, en 48 horas, a los mejores cinco alpinistas españoles (algunos de ellos estaban trabajando en los Alpes) y organizar el rescate de nuestro montañero. El mal tiempo se echó encima cuando se intentaba llegar hasta él. Los rescatadores estaban corriendo un gran riesgo y se decidió suspender el rescate”.

Miguel de Gabriel al mando de su avioneta monomotor.



Avellanas también ha alcanzado cimas ejerciendo, además, como médico. Por ejemplo, en una expedición al Kilimanjaro que organizó RTVE y la Federación Española de Deportes de Montaña y Escalada con jóvenes alpinistas entre 14 y 16 años. “Fue una experiencia muy divertida y conseguimos que todos llegaran a la cumbre sin ningún problema médico”.

A la carrera

Miquel Juan Clar (Mallorca, 1954), ginecólogo y jefe del Servicio de Obstetricia y Salud Reproductiva del Hospital de Son Llàtzer, no va de pico en pico o de volcán en vol-

son cinco o seis días semanales de 25 a 30 kilómetros, lo que hace un total hasta de 80 kilómetros a la semana”.

Su última experiencia, por ahora, la vivió el pasado mes de abril al participar en la Ultra-Trail Serra de Tramuntana, en Mallorca. Se trata de una carrera de 104 kilómetros por caminos de montaña a efectuar en un tiempo máximo de 24 horas. La terminó en 21,45 horas. “Es otro rollo diferente a la carrera por asfalto, estás en contacto continuo con la naturaleza. Una experiencia que repetiré. Eso sí, las agujetas que tuve los dos días siguientes fueron impresionantes”.

Impresionante resulta, asimismo, el palmarés de corredor

“No he ganado ninguna maratón, pero he participado en mil carreras populares, he sido segundo en mi categoría en varias ocasiones y subcampeón de España de veteranos”



cán, pero sí de maratón en maratón. En los últimos años, a la carrera, ha ido de Madrid a Nueva York, pasando por San Sebastián, Barcelona, Berlín, Munich, Florencia, Praga y Venecia, haciendo kilómetros y kilómetros sobre zapatillas “sólo para disfrutar, sin afán competitivo”.

Tras abandonar la práctica del fútbol por lesiones, le engancharon las carreras de fondo y medio fondo de los juegos olímpicos.

“Empecé corriendo carreras locales populares de larga distancia, entre diez y 21 kilómetros, y luego seguí con las maratones”, explica.

Así vivió la maratón de Nueva York el año pasado: “La experiencia de correr por las calles de NYC es única, creo que debe ser para un corredor popular lo más grande. La corrí en 1989 y la he vuelto a correr 20 años después con mi hijo. Sentí la misma emoción que supone verte animado por dos millones de espectadores que te llevan y acompañan con su aliento hasta Central Park”.

Juan Clar se prepara concienzudamente para las competiciones: “Mi entrenamiento semanal son cuatro días a la semana con carrera continua suave de entre 50 y 80 minutos, lo que supone entre 45 y 60 kilómetros a la semana. Si entreno para una maratón,

que muestra Manuel Moya Mir, nacido en Jaén en 1948, jefe de Sección de Medicina Interna y Coordinador de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro (Majadahonda, Madrid) y ex presidente de Semes Madrid. En 1984 comenzó a correr maratones, habiendo hecho hasta ahora 61. Ha corrido también más de 300 medias maratones y un gran número de carreras más cortas. En el año 2000 ganó en Boston la carrera organizada para profesionales de la Urgencia mundial. Llegó por delante de otros 96 corredores a las puertas del Massachusetts General Hospital.

“Yo no he ganado ninguna maratón —e sincera—. He sido segundo en mi categoría en varias ocasiones y subcampeón de España de veteranos. He llegado primero en varias medias maratones en categoría de veteranos y en muchas carreras más cortas”. No está nada mal. En los últimos 27 años ha participado en unas mil carreras populares.

Música, maestro

Después de tantas carreras y maratones al aire libre, puede apetecer disfrutar de buena música en un lugar cerrado o en la plaza de un pueblo. Para ello, nada mejor que escuchar las interpretaciones que Armando Martínez Martínez, patólogo del Hospital Clínico San Carlos y encargado de su sección de Neuropatología (especialidad

Miquel Juan Clar ha participado en dos ocasiones en la maratón de Nueva York.



que adquirió en el Maida Vale Hospital for Nervous Diseases, de la Universidad de Londres), hace al piano de Bach, Mozart, Dvorak, Fauré, Duruflé, Strawinski, entre otros compositores. O, si prefiere, las actuaciones de la banda de jazz y blues de Antonio Colmenarejo Rubio, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Martínez, profesor titular de Anatomía Patológica de la Universidad Complutense, inició los estudios musicales a los seis años en Cuenca, donde nació en 1944. Ingresó en 1962 en la Cátedra de Virtuosismo del Piano del Conservatorio Central de Música de Madrid. En 1999 entró a formar parte de la Orquesta de la Universidad Autónoma de Madrid, de la que actualmente es instrumentista de tecla (piano, clave y órgano).

Aunque se siente especialmente inclinado hacia la música clásica, el encargado de la sección de Neuropatología el Hospital Clínico no desdeña “cualquier tipo de música que me emocione”. En cuanto a com-



Antonio Colmenarejo durante una actuación con su banda.

sica negra en general, por su ritmo e intensidad y por la libertad que permite al interpretarla. Toco porque me gusta”.

Posee material para editar dos discos y quiere promocionar su música. Las dos actuaciones en público que ha protagonizado con su banda (“cuatro profesionales y

“Mi banda la componen cuatro profesionales y amigos y sólo nos reunimos cuando tengo soporte monetario. Nos gusta componer y tocar jazz, blues y la música negra en general”



positores concretos, los elige “en función del momento y el estado de ánimo”, pero deja claro que prefiere obras o compositores desconocidos para él o “interpretaciones recientes de obras archiconocidas, sobre todo de grupos barrocos o intérpretes noveles”. En su casa tiene un piano de media cola y otro vertical, más un teclado electrónico para sonidos de clave u órgano.

Antonio Colmenarejo (Madrid, 1955, pero criado en Colmenar Viejo), médico militar del extinto Cuerpo de Sanidad del Ejército del Aire, se conforma con una guitarra eléctrica para expresar sus inquietudes musicales, preferentemente blues y jazz. Así resume su trayectoria: “Mi afición por la música surgió en la adolescencia. Empecé a tocar la guitarra para acompañar acampadas y guateques (parecía que así podías ligar más). Al principio me gustaba el rock y el pop, luego me pasé al blues, a la música clásica y, finalmente, al jazz, blues y mú-

amigos”) le han impulsado a tomar esa determinación, pero no encuentra editor. “Hace casi diez años terminé una misa en español y con música de estilo blues o jazz contemporáneo, pero algunas discográficas me comentaron que no es una música apropiada para la liturgia”.

Colmenarejo se presentó en junio de 2006 en la Gran Peña, de Madrid, en un concierto con motivo de su ingreso en la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas (Asemeya). Y revalidó su actuación en Colmenar Viejo hace año y medio. “Si creyera que mi música tiene suficiente tirón, me gustaría dedicarme más a ella, sin abandonar la Medicina”. Mientras llega quien le edite, dedicará parte de sus vacaciones a, además de cultivar el arte de Duke Ellington, a escribir relatos cortos y practicar el alpinismo en los Pirineos o los Picos de Europa. Como otros colegas suyos. ■

Consejería de sanidad de Castilla y León

F. Javier Álvarez Guisasola: "Las TIC'S se configuran como un elemento clave de la sanidad"



F. Javier Álvarez Guisasola, consejero de sanidad de Castilla y León.

PREGUNTA: *¿Cuáles son los ejes sobre los que se plantea la sanidad castellano y leonesa?*

RESPUESTA: El objetivo prioritario de esta legislatura, ha sido potenciar el sistema público sanitario y adaptarlo a nuestras peculiaridades. El marco principal de actuación lo constituye el III Plan de Salud, que recoge un total de 52 objetivos generales, 198 objetivos específicos y 350 medidas y recomendaciones. Otro de los ejes primordiales es la política de recursos humanos, porque los profesionales sanitarios son una pieza clave dentro del sistema y, por ello, se ha hecho un importantísimo esfuerzo por mejorar las condiciones laborales de los 36.726 profesionales que actualmente trabajan en el sistema público.

La culminación del Plan de Infraestructuras sanitarias ha supuesto inversiones ya ejecutadas o en marcha por valor de más de 1.400 millones de euros. El gran esfuerzo inversor realizado se pretende mantener en la elaboración del próximo Plan, que tendrá como pilar fundamental las TIC. Otra prioridad es el importante impulso dado a la investigación biomédica, es-

tamos asistiendo a un incremento notable de iniciativas en este campo. Por último quiero destacar la renovación del marco normativo sanitario con la aprobación de más de 15 decretos.

P. *¿Qué nivel de aplicación tienen las tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito sanitario de su Comunidad?*

R. Las nuevas tecnologías se configuran como un elemento clave para facilitar la accesibilidad al Sistema Sanitario, debido a las circunstancias específicas de Castilla y León. Hemos hecho avances significativos en esta materia: la implantación de la Historia Clínica Electrónica en todos los centros de salud en Atención Primaria y su extensión a los hospitales, el pilotaje de la receta electrónica y el importante esfuerzo en telemedicina. Sin olvidar el proyecto de cita previa multicanal en atención primaria, que facilita el acceso a través del teléfono, el móvil o por Internet.

P. *¿Cree que el copago es una exigencia ineludible para equilibrar las cuentas de la sanidad?*

R. El sistema sanitario debe ser objeto de modificación para garantizar su sostenibilidad. Hay que estudiar la implantación de nuevas fórmulas de copago de las prestaciones como el denominado *ticket* moderador, pero nunca de manera lineal. No obstante, este debate debe realizarse de manera global y uniforme para todo el Sistema Nacional de Salud y es el Gobierno de la nación quien lo debe liderar y pilotar.

P. *¿Cómo plantea usted la relación sanidad privada-pública?*

R. Todo sistema público sanitario debe apoyarse en el sector privado, bajo los principios de colaboración o com-

plementariedad, para garantizar la optimización de los recursos existentes en la atención asistencial de los pacientes, principio recogido en el Proyecto de Ley de Ordenación del Sistema Sanitario.

P. *¿Es Castilla y León una comunidad especialmente afectada por el éxodo de profesionales?*

R. En Castilla y León el problema del déficit de profesionales sanitarios afecta a determinadas especialidades, pero sobre todo a lugares geográficos concretos. Nuestra comunidad ya fue pionera en hacer un estudio y poner las medidas necesarias, que ya están dando sus frutos. Además, estamos abordando medidas con las siguientes actuaciones: reducción de la interinidad, mejoras en las retribuciones, desarrollo de la carrera profesional y mayor calidad de la formación de especialistas. También estamos trabajando para lograr la estabilización en el empleo. Creo que es interesante destacar, además, que contamos con una importante tasa de fidelización del personal MIR, que en atención especializada ha alcanzado, en el año 2009, un porcentaje del 63 por ciento.

P. *¿Qué le gustaría cambiar en la sanidad de su comunidad antes de que acabe la legislatura?*

R. Quisiera finalizar la legislatura con los dos proyectos de Ley, de Ordenación Sanitaria y de Salud y Seguridad Alimentaria, aprobados por las Cortes de Castilla y León; dejar sentadas las bases del nuevo Plan de Infraestructuras, donde quede reflejado un esfuerzo mayor en Atención Primaria y en nuevas tecnologías; y que los ciudadanos castellanos y leoneses sigan valorando su sanidad como hasta ahora lo hacen, como un sistema sanitario de calidad. ■

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Francisco Javier Álvarez Guisasola

Secretaría General

Francisco Llorente Sala

D. G. de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación

Javier Castrodeza Sanz

D. G. de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación

Ana María Hernando Monge

Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria

Jorge Llorente Cachorro

Gerencia Regional de Salud

José Manuel Fontsaré Ojeado

D. G. de Recursos Humanos

Esperanza Vázquez Boyero

D. G. Desarrollo Sanitario

Jesús García Cruces

D. G. Administración e Infraestructuras

Manuela Rosellón Rebollero

D. G. Asistencia Sanitaria

José María Pino Morales

- D. Técnica de Relaciones Laborales y Personal

- D. Técnica de Coordinación Asistencial e Inspección
- D. Técnica de Sistemas de Información

- D. Técnica General

- D. Técnica de Atención Primaria
- D. Técnica de Atención Especializada
- D. Técnica de Farmacia

NOTICIAS/ACTUALIDAD

Notable a la formación especializada

Los residentes (médicos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos y biólogos) que realizan su periodo formativo especializado en los hospitales y centros de salud de Castilla y León han otorgado una nota de 7,13 puntos sobre 10 a la calidad general percibida de la docencia que reciben, en la primera encuesta realizada a este colectivo en el marco del novedoso Plan de Gestión de la Calidad Docente de Castilla y León, pionero en España y publicado hoy en el BOCYL con la misión de regular la evaluación y el control de dicha formación.

Nuevo registro de tumores infantiles

La Consejería de Sanidad de Castilla y León dará luz verde en unas semanas a la orden por la que crea un registro propio de tumores infantiles que servirá para mejorar el conocimiento del cáncer infantil, potenciar la investigación y el seguimiento de estas dolencias, así como mejorar en la calidad asistencial que se presta, teniendo en cuenta que toda esta información repercutirá en el conocimiento de los oncólogos y pediatras que trabajan en la comunidad.

Novedades legislativas

La Junta de Castilla y León ha aprobado recientemente, en Consejo de Gobierno, la Ley de Ordenación del Sistema Regional de Salud regional y la Ley de Salud Pública y Seguridad Alimentaria de la Comunidad. Estos textos tienen como objeto potenciar la protección y la participación de los usuarios en el sistema sanitario autonómico y establecer el marco legal para el conjunto de actuaciones, medidas preventivas y servicios por los que las administraciones públicas de Castilla y León promoverán y tutelarán la salud pública y la seguridad alimentaria.

Cuarta posición en el Barómetro Sanitario 2009

Los datos del Barómetro sanitario 2009, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social sitúan al Sistema de Salud de Castilla y León en el cuarto lugar en cuanto a la valoración que de él hacen sus usuarios, sólo por detrás de Asturias, Navarra y La Rioja, comunidades autónomas provinciales y mantienen la tónica de mejora en la percepción que los ciudadanos tienen de la Sanidad registrada en los últimos años.

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

Los jueves de Medical Economics

Innovación y talento en el sector de la salud



La innovación y la adecuada gestión del conocimiento constituyen un binomio indisoluble y necesario para el desarrollo empresarial, la competitividad y la consecución del liderazgo. En el sector de la salud español se innova poco y el talento no se gestiona apropiadamente en las organizaciones sanitarias. Así lo manifestaron los expertos reunidos en una nueva jornada de Los jueves de Medical Economics. Su director, Guillermo Sierra, presentó el acto, en el que intervinieron Francisco Ballester, director general de Novartis España; Enrique Bermejo, director general de Nutricia; Silvia Ondategui, directora de Sanidad y Farmacia de PricewaterhouseCoopers; y José Luis Sanz Villegas, director gerente de la Fundación Félix Delgado Boco, moderados por Fernando Martín Delgado, director general de Quintiles, quien destacó la importancia de este tipo de debates que ayudan a avanzar hacia el futuro.

Suplemento coordinado por G.S.S.

Con la colaboración de



Las claves del talento

La jornada se desarrolló en un nuevo formato más interactivo en el que los participantes expresaron como introducción su punto de vista sobre las claves del talento y su aplicación en la necesaria innovación. A continuación los expertos expusieron su postura acerca de las cuestiones planteadas por el presentador.



Francisco Ballester
Director general de Novartis España

La capacidad, las habilidades y la actitud son claves esenciales para el desarrollo del talento, según Francisco Ballester Cañizares, director general de Novartis España. Condiciones a las que “habría que añadir innovación y creatividad si es que se quieren marcar diferencias”. “El talento en Novartis —prosiguió Ballester— es prioridad absoluta”. “Intentamos construir talento desde dentro y capturarlo ocasionalmente desde otras compañías, en especial desde escuelas de negocio. Una de las características que pedimos a las personas que se incorporan a la compañía es que tengan visión e interés por los pacientes”.

Para los que se incorporan a la compañía, “tenemos todo un proceso en donde evalua-

mos los diferentes candidatos, su potencial desarrollo, tenemos programas de *mentoring* que les permiten adquirir experiencias y conocimientos de forma rápida. Y, en especial, estamos fomentando en los últimos años rotaciones permanentes por diferentes funciones en diferentes áreas geográficas en el contexto del país y también fuera del país y ocasionalmente también fuera de Europa”.

Recientemente, Novartis España ha incorporado tres espacios: sala de *prototyping*, sala de *brain storming* y sala de *inspirational*, que, según su director general, “pretenden generar entornos de trabajo en los que la innovación sea el estándar”. “Innovación es superar las expectativas y no quedar satisfecho con el *status quo*. Hay que conseguir que las personas innoven y mejoren cada día”, sentenció el directivo de Novartis. ■



Enrique Bermejo
Director general de Nutricia

Cuando pienso en innovación —afirmaba Enrique Bermejo, director general de Nutricia— pienso en innovar en producto, que es quizá lo más inmediato; enseguida uno piensa en I+D y, en ese sentido, en el año 2009 el 30 por ciento de las ventas de Nutricia han sido originadas por productos lanzados en los últimos cinco años”. Bermejo reconocía que innovar en gestión es más complicado aunque recalca que “todos intentamos hacer las cosas de una manera distinta, un poco mejor”. “Nosotros hemos aplicado en los últimos cinco años un modelo de gestión completamente diferente. Por ejemplo, consideramos que no tenemos una estructura jerárquica, que la toma

de decisiones está absolutamente descentralizada y que todo gira en torno a la generación de ideas”.

En lo que respecta al talento, el director general de Nutricia reconocía su incapacidad para encajarlo en una definición, aunque “sí creo que para que el talento crezca y se desarrolle hay que crear un entorno favorable. Y algo muy importante: retenerlo, que no se nos vaya a otra compañía o a otro país o, incluso, a otro sector”. En este sentido, se mostraba orgulloso de la evolución de Nutricia: “nosotros tenemos un principio: no queremos contratar a los mejores profesionales del mercado, lo que queremos es dar la oportunidad a la gente que está dentro de casa trabajando de ser los mejores profesionales del mercado. Y ésta es la vía que hemos iniciado”. ■

Silvia Ondategui Parra, directora de Sanidad y Farmacia de PricewaterhouseCoopers, considera que “la innovación requiere incentivos adecuados”. Por ello, “nosotros intentamos ayudar a nuestros clientes en el sector salud potenciando áreas de innovación, y también les clasificamos según el grado de innovación”. Las principales áreas que van dirigidas a innovación son el sector farmacéutico, principalmente, el de *medical devices*, y el ámbito biotecnológico.

Respecto a la industria farmacéutica, Ondategui señaló que tiene que importar talento e innovación de otros países. Y prosiguió: “A nivel de patentes, con datos de 2008, vemos también la diferencia de 236 patentes en España *versus* casi las 15.000 en la Unión Europea, o sea, el 1,6 por ciento respecto a todas las patentes obtenidas en el 2008. La investigación de las empresas farmacéuticas es la más potente y supone alrededor del 20 por ciento del total de la investigación de la industria de España”. Trasladado lo anterior al ámbito de la Sanidad, “vemos que en el número de publicaciones en España no es-

José Luis Sanz Villegas, director de la Fundación Félix Delgado Boco, comenzó su exposición recordando los retos del sector salud: orientar al paciente, integrar todo el ciclo completo de atención, diagnóstico y tratamiento, atención en cualquier lugar y en cualquier momento y apuesta por la innovación, en este caso por las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), entre otras.

“El sector salud a nivel europeo y casi a nivel mundial, se encuentra en un proceso de aumento continuo de costes, sobre todo en Europa, debido al envejecimiento de la población, a la calidad de vida, etcétera. “Lo que nosotros nos planteamos —comentó— es que las tecnologías de la información y las comunicaciones pueden ser un instrumento útil para contener esa escalada de costes, prestando una calidad de servicios de alta calidad con costes más reducidos. Hoy lo permiten las nuevas tecnologías perfectamente, otra cosa es que se apliquen en mayor o menor grado en función de las 17 regiones estancas de salud que tenemos en nuestro país”.

Para Sanz, las TIC permiten mejorar la

Silvia Ondategui

Directora de sanidad y farmacia de PricewaterhouseCoopers



tamos mal respecto a otros países europeos, aunque muy por debajo de países como Estados Unidos. Incluso, cuando vemos la proporción de publicaciones en algunas áreas claves como es *Medical Science*, vemos que nosotros tenemos un 20 por ciento de las publicaciones en este ámbito, cuando Estados Unidos tiene un 28 por ciento, o sea, que no estamos tan mal. Lo que pasa es que esto no está generando los resultados esperados”.

Como conclusiones, la directora de Sanidad y Farmacia de PricewaterhouseCoopers señaló la insuficiente inversión privada en innovación, lo que produce “una baja fluidez en la transmisión del conocimiento”; tener en cuenta que la adopción de innovación requiere aplicar los incentivos adecuados; hay que medir el impacto en todo el equipo de trabajo con indicadores de efectividad y eficacia. ■

José Luis Sanz

Director de la Fundación Félix Delgado Boco



calidad de los servicios a un coste más reducido mientras que la interoperabilidad de los sistemas de información permite atender en cualquier momento y en cualquier lugar a un paciente, por ejemplo, por la historia clínica, y tener así una visualización de su trayectoria en cualquier punto donde sea atendido. También permiten el apoyo en la toma de decisiones clínicas y crear bases de datos del conocimiento en la red, poner un instrumento a disposición de los especialistas en la salud para poder tomar decisiones con mayor criterio. Esa compartición de datos dispersos, “fomenta el talento, o al menos una disposición del conocimiento para incrementar el talento”, señaló Sanz. Y agregó: “Todas estas tecnologías están disponibles, se van implantando poco a poco, más en el sector privado. Es un camino sin retorno por el que iremos avanzando, aunque es un momento económico difícil para hacer inversiones en el sector salud”. ■

EL DEBATE

¿Se apuesta realmente por el talento, por la inversión en el conocimiento?

En opinión de **Francisco Ballester**, director general de Novartis España, actualmente “tenemos grandes oportunidades de maximizar el talento que hay en España. Las personas que estamos incorporando están cada día más preparadas, tienen experiencia en diferentes ámbitos académicos, trabajos, sectores y áreas geográficas. Incluso, aunque sea ocasionalmente, incorporamos algunos estudiantes que tienen experiencias en varios continentes, y esto, en definitiva, enriquece las oportunidades y combina innovación y talento”.

Silvia Ondategui, directora de Sanidad y Farmacia de PricewaterhouseCoopers, pro su parte, añadió: “En España se está haciendo en el sector salud una gran apuesta por la innovación y también por la retención del talento. En muchos hospitales cada vez es más frecuente ver médicos con perfiles internacionales. No obstante, queda mucho camino por recorrer en el ámbito de la innovación. Hay muchísima heterogeneidad en las diferentes plataformas de innovación de las comunidades autónomas y hospitales”.

¿Qué hace la industria farmacéutica para desarrollar y fomentar el talento?

Como respuesta, **Francisco Ballester** puso este ejemplo: “Las compañías farmacéuticas lideradas por Farmaindustria han puesto en marcha un proyecto consistente en capturar recursos de forma muy significativa, más de 50 millones de euros, que han devenido en una serie de proyectos y compromisos en las diferentes comunidades autónomas. Dinero para crear caldos de cultivo, estructuras e infraestructuras que generen y den oportunidades de hacer investigación básica en España. Por ejemplo, los biobancos dan oportunidades a España que no tuvo en el pasado. Es cierto que son incipientes, pero las comunidades autónomas se han comprometido a poner al menos la misma cantidad”.

Para **Enrique Bermejo**, “medidas para desarrollar el talento, que luego conduce a la innovación, hay muchas. Dentro de Danone se quiere aprovechar la crisis económica en la que estamos, y hace dos años se puso en marcha una iniciativa para formar a los 15.000 primeros managers de la corporación a nivel mundial con un programa específico para desarrollar el talento y, sobre todo, las capacidades de liderazgo.

Contar con líderes que nos hagan salir de la crisis en la que estamos. ¿Qué hacemos cada uno de nosotros por desarrollar el talento, por desarrollar nuestro propio talento? La innovación y el talento van de la mano y requieren gente atrevida que salga de su zona de confort, que especule sobre el futuro, que identifique distintas alternativas”. Esta exigencia implícita del talento, hace que Bermejo no se muestre demasiado optimista respecto a la capacidad real de innovación de las empresas españolas. “Hoy la seguridad es un valor al alza del que nadie quiere salirse —explícita—. Intentamos innovar partiendo de nuestra experiencia y eso es una contradicción. Es un modelo que no vale para el siglo XXI”. Por si eso fuera poco, el directivo de Nutricia señalaba que “para innovar hace falta concentración, y hoy estamos todos muy dispersos, preocupados por demasiados temas a la vez”.

José Luis Sanz se mostraba también crítico con la gestión del talento: “El sector salud es un sector de mucho talento, pero talento muy individual, que cuesta compartir. Me da la impresión de que los profesionales de la salud son muy suyos de cara a explotar su talento, les cuesta. Eso influye en que sea un sector poco permeable a incorporar nuevas tecnologías, en este caso las TIC. La Sanidad está a cien años luz todavía de absorber estas tecnologías respecto a otros sectores, como la banca. Al médico todavía le veo como al brujo de la tribu, todavía guarda sus conocimientos. El talento está más valorado que pagado. Se valora, se dan premios, reconocimientos, pero no está remunerado en este país”.



FRANCISCO BALLESTER

Director general
de Novartis España

“Capacidad, habilidades y actitud son claves para el talento”



ENRIQUE BERMEJO

Director general
de Nutricia

“La innovación y el talento van de la mano y requieren gente atrevida que salga de su zona de confort”

¿La política dedocrática ayuda a desarrollar el talento?

“Los contratos fijos que hizo el Estado —apuntó **Francisco Ballester**— y que se mantienen en la Administración pública sanitaria perjudican el movimiento de personas en el contexto de los diferentes ámbitos geográficos y, por tanto, limitan el desarrollo del talento. Históricamente fue bien visto y bien percibido por la sociedad y por los profesionales, porque éstos alcanzaban un puesto fijo. Así se conseguían puestos y crecimiento orgánico de forma vertical, lo que por definición es endogámico y limita la capacidad de innovar, ya sea evolutiva o exponencial”.

Similar opinión mantiene **Enrique Bermejo**: “Para mí es difícil potenciar el desarrollo del talento con la tasa de rotación que existe en la sanidad pública española. El talento tiene un componente de conocimiento y de compromiso. En determinados entornos complejos uno empieza a aportar valor de verdad entre el segundo y el tercer año. En cuanto a la meritocracia, mi experiencia, cuando hablo con clientes nuestros, con jefes de servicio de hospitales y demás, es que tienen envidia de las empresas privadas multinacionales de nuestros procesos de evaluación del desempeño anual, de trabajar por objetivos, del sistema de escaneo y búsqueda del talento”.

Enrique Bermejo

¿Por qué España innova poco y produce escasas patentes?

Según **Enrique Bermejo**, “se investiga mucho, pero quizá se investiga en el área no más adecuada, lo cual luego pone un problema encima de la mesa, que es: y ahora cómo innovo, cómo comercializo esto. Todavía hay muchas empresas donde el driver fundamental de la innovación no es el consumidor final, sino quizá el área I+D o producción o cualquier otro. Nosotros tenemos muchísima innovación, pero tenemos handicaps para su comercialización”. Para

Silvia Ondategui, “investigar es una parte del ciclo e innovar es diferente. Hay muchísimos profesionales que son muy buenos en la primera parte del ciclo y a lo mejor no son buenos innovando. Un buen investigador no necesariamente es un buen innovador. Yo creo que es un tema de cultura. Muchísimas organizaciones, la excepción es el sector farmacéutico, han potenciado la parte de investigación y no la innovación. En este aspecto todavía tenemos un largo camino por recorrer”.

José Luis Sanz mostraba su acuerdo con la directora de PricewaterhouseCoopers y la hacía extensible a su sector, las telecomunicaciones: “A nivel del sector de las TIC pasa un poco lo mismo, hay buena gente en inventar cosas pero tampoco tienen las ayudas necesarias. En cierto modo es un tema de estructura del país, no se acaban de tener las ayudas suficientes para poder llevar a cabo la innovación. Es general, yo no creo que sea un caso particular del sector salud”.

¿Son más eficaces las estructuras horizontales para desarrollar el talento o continúa siendo preferible el mando y ordeno?

“Cada vez se tiende más a organigramas horizontales que son los que favorecen la innovación”, apuntaba **Silvia Ondategui**. Y “no sólo eso, —añadía Bermejo— sino que hay que seguir incentivando esos organigramas planos porque casi todas las multinacionales tenemos tres o cuatro valores empresariales claves, pero ¿alguna logra que sus empleados se identifiquen con ellos de verdad?”. En opinión de **Enrique Bermejo**, no se pueden transmitir esos valores por medio de estructuras verticales.

José Luis Sanz se mostraba también claro y contundente al respecto: “Con mal clima laboral no hay inspiración, y sin ella no hay posibilidades de innovación”.



SILVIA ONDATEGUI

Directora de Sanidad y Farmacia de PricewaterhouseCoopers

“La inversión privada en innovación es insuficiente y produce poca fluidez en la transmisión del conocimiento”



JOSÉ LUIS SANZ

Director de la Fundación Félix Delgado Boco

“Las TIC fomentan el conocimiento para incrementar el talento”



De izda. a dcha., José Luis Sanz, Silvia Ondategui, Enrique Bermejo y Francisco Ballester.



Fernando Martín Delgado, director general de Quintiles, fue el encargado de moderar la sesión.



Enrique Bermejo, Fernando Martín Delgado, Silvia Ondategui, Guillermo Sierra, José Luis Sanz, Francisco Ballester y Gonzalo Sansegundo.



Guillermo Sierra destacó la necesidad de diferenciar entre sector salud y sector sanitario.



Gonzalo San Segundo (a la izda.) y el resto de los intervinientes en la sesión minutos antes de iniciarse el debate.

revista-curso

spanish doctors

Una manera amena y eficaz
de aprender **Inglés médico**

Por médicos y para médicos

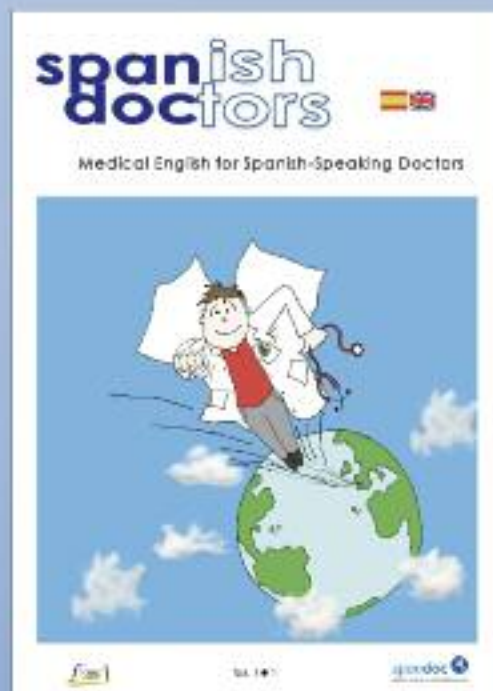
El inglés **real** que necesitas para
comunicarte en eventos, estancias
internacionales y publicaciones

Formato bilingüe adaptado a
todos los niveles

Método Spandoc: textos, artículos e
historias comentadas para
aprender sin pérdidas de tiempo

Escenas ilustradas de la vida
laboral, curiosidades, pasatiempos,
entrevistas, cartas de lectores y
mucho más


Audio por médicos nativos
británicos y test de **autoevaluación**



La herramienta que estabas esperando para avanzar
en tu desarrollo profesional

Suscríbete en www.ffomc.org

ACREDITACIÓN SEAFORMEC • 12 CRÉDITOS • 72 HORAS LECTIVAS
Declarada de interés científico-sanitario por la Organización Médica Colegial
Más información en www.ffomc.org y www.spandoc.com



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.

