

# Medical Economics®

Nº 143 14 de enero de 2011 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

Médico-paciente

## Una nueva relación

**ADEMÁS**

JORNADA  
Clínicas privadas:  
criterios para la  
excelencia y  
colaboración en el SNS

(pág.: 34)

SPA

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

17 congreso nacional

# HOSPITALES

Organizan:



ANDE

Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

"INNOVAR EN GESTIÓN SANITARIA"  
[www.17congresohospitales.org](http://www.17congresohospitales.org)

Madrid,  
IFEMA del 26  
al 29 de abril  
2011

Secretaría Técnica:



C/ Juan Ignacio Luca de Tena nº 17 - 6º Norte - 28027 - Madrid  
Tel: 902 095 777 - Fax: 902 095 778  
[17congresohospitales@amexbarcelo.com](mailto:17congresohospitales@amexbarcelo.com)

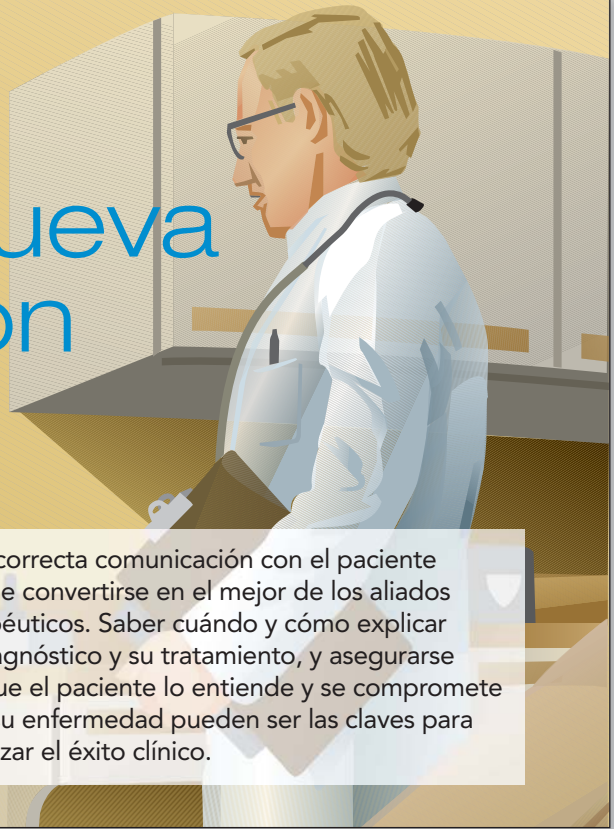


Comunidad de Madrid

20 EN PORTADA

Médico-paciente

Una nueva relación



Una correcta comunicación con el paciente puede convertirse en el mejor de los aliados terapéuticos. Saber cuándo y cómo explicar el diagnóstico y su tratamiento, y asegurarse de que el paciente lo entiende y se compromete con su enfermedad pueden ser las claves para alcanzar el éxito clínico.

PRÁCTICA PROFESIONAL

30 Turismo sanitario: hagamos crecer el pastel

El turismo de salud supuso a nivel mundial una facturación de más de 100.000 millones de dólares en el

año 2009, de los cuales España tiene una cuota de mercado prácticamente testimonial.

JORNADAS

34 En busca de una Medicina única

Formación y modelos de gestión que contemplen la interacción entre lo público y lo privado se unen para continuar ofreciendo una calidad asistencial de excelencia. Acerca de estas cuestiones se debatió en la jornada Clínicas privadas: criterios para la excelencia y colaboración en el SNS organizada por MEDICAL ECONOMICS y la consultora Aliad.

40 El paciente como protagonista activo del sistema de Salud

Los avances de la ciencia han permitido incrementar la esperanza de vida del ser humano y dominar enfermedades que en su momento eran mortales, de modo que el número de personas que conviven de forma crónica con una enfermedad crece. Un nuevo escenario de salud pública que se analizó en la jornada El paciente crónico polimedicado: Una actitud por la vida.

30 | PRÁCTICA PROFESIONAL | 14 de enero de 2011 | Medical Economics

### Turismo de salud: hagamos crecer el pastel

**[ Por Sebastián Espigado ]**

Aunque el turismo de salud es un concepto relativamente reciente, su crecimiento ha sido espectacular. En 2009, el sector facturó más de 100.000 millones de dólares a nivel mundial, una cifra que se prevé que siga creciendo en los próximos años. España, con su amplia oferta de servicios de salud y su clima favorable, se ha convertido en un destino atractivo para muchos pacientes internacionales. Sin embargo, para aprovechar al máximo esta oportunidad, es necesario mejorar la comunicación y la atención al paciente, asegurando que se sienta cómodo y seguro durante su estancia.

El turismo de salud no solo beneficia a los pacientes, sino también a los países que lo atraen. Genera empleo, atrae inversión extranjera y contribuye al desarrollo económico. Sin embargo, también plantea desafíos, como la necesidad de garantizar la calidad de los servicios y la sostenibilidad del modelo. Es importante que los países que ofrecen estos servicios estén preparados para recibir a una gran variedad de pacientes con diferentes necesidades y expectativas.

En conclusión, el turismo de salud es una industria en crecimiento que ofrece grandes oportunidades. Para que siga creciendo, es necesario que los países que lo atraen mejoren su oferta de servicios y su atención al paciente. Solo así podremos hacer crecer el pastel del turismo de salud de manera sostenible.

30

34 | JORNADAS | 14 de enero de 2011 | Medical Economics

### En busca de una Medicina única

Formación y modelos de gestión que contemplen diferentes grados de interacción entre lo público y lo privado se unen para continuar ofreciendo una calidad asistencial definitiva por su nivel de excelencia.

Los avances de la ciencia han permitido incrementar la esperanza de vida del ser humano y dominar enfermedades que en su momento eran mortales, de modo que el número de personas que conviven de forma crónica con una enfermedad crece. Un nuevo escenario de salud pública que se analizó en la jornada El paciente crónico polimedicado: Una actitud por la vida.

34

# PROGRAMA AAP 2011

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA

OVIEDO

BILBAO

ZARAGOZA

VALENCIA

BARCELONA

MADRID

ALICANTE

CÁCERES

SANTIAGO DE COMPOSTELA

CON LA GARANTÍA DE:



Revised by:



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

  
**LIVEMED**<sup>®</sup>

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*

## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaria de redacción

Almudena Caballero Dfáz  
medeconomics@drugfarma.com

### Traducción

Laura Piperno

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

### Producción

José Luis Águeda Juárez

### Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez  
b.rodriguez@spaeditores.com

### Publicidad Barcelona

Marta Blázquez  
mblazquez.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

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

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


### Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2011

### Spanish Publishers Associates, S. L.

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

Controlado por 

## ACTUALIDAD

- 5 Mi punto de vista
- 6 Profesión/Finanzas

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 10 **Economía de la Salud en el Área de Dolor**  
Socioeconomía del dolor
- 14 **Gestión de calidad: Medio Ambiente**  
Hospitales verdes
- 17 **Internet y Medicina**  
Uso de redes sociales
- 18 **Tribunales**  
Recurso desestimado por prescripción del plazo
- 19 **Capital riesgo**  
Claves de negociación
- 44 **Inversiones**  
Claves para invertir en 2011



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cómo plantea la comunicación de malas noticias a un paciente?

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



## Y ADEMÁS...

- 8 De Cerca
- 12 Modelo de Gestión Sanitaria
- 23 Atención al paciente
- 42 Sanidad autonómica
- 46 Inglés Sanitario
- 68 Golf

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 2011 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 2011 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

Secretaría General de Fenin

### José Luis Álvarez-Sala Walther

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

### Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

### Joan Josep Artells i Herrero

Director Fundación Innovación, Salud y Sociedad

### Mariano Avilés Muñoz

Farmaceutic 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

### Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud DKV Seguros

### Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

### Guillermo Castillo Acero

Director Fundación Grünenthal

### 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

### Joaquín Estévez Lucas

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud

### Julio Fernández Llamazares

Director Corporativo de Comunicación. Capió Sanidad

### 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)

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico. Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Abraham Herrera

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

### Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

### Alvaro Hidalgo Vega

Departamento de Economía. Universidad de Castilla-La Mancha

### Héctor Jausás Farré

Socio Director de Jausás Abogados

### Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

### Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico. Dirección General de Farmacia

### Diego López Llorente

Presidente de Club Médico

### Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario

### José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

### Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales Chiesi España

### Santiago Martínez-Fornés Hernández

Real Academia de Medicina de Zaragoza

### Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

### 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

### 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

### Enrique Palau Beato

Director de Desarrollo Estratégico en Sanidad Atos Origin

### 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 Geriátria Hospital Clínico San Carlos, Madrid

### Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad. PricewaterhouseCoopers

### Germán Rodríguez Somolinos

Director de Ciencias de la Vida y los Materiales 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

### Luis Verde Remeseiro

Director del Área Sanitaria de El Ferrol (A Coruña)

## Expertos

### Gestión Profesional

#### Luisa Bautista

Responsable de Gestión de Proyectos y Calidad de ASISA

#### Rosa Mª Fernández

Directora de Enfermería y Adjunta a la Dirección del Hospital Virgen de la Paloma

#### Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho Ambiental

#### Jose María Martínez García

Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad

### 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

# Mi punto de vista

## Motivar la formación continuada

La Formación Médica Continua (FMC) pretende mantener o mejorar la competencia del médico, es decir sus conocimientos, habilidades y actitudes más la paliación de todas estas características que denominamos juicio clínico.

En la actualidad, la FMC viene condicionada por el entorno profesional con diferentes características en su ejercicio. Así, entiendo que la FMC ya no es un ente aislado que el médico realiza para mantenerse actualizado en sus conocimientos, esta FMC, y por ende el *currículum*, está enlazada con los conceptos del desarrollo profesional continuo junto a la carrera profesional en el ámbito laboral. Ambos aspectos, profesional y laboral, van a determinar el eje común de la FMC, que es una necesidad.

Ante esta realidad la FMC del siglo XXI debe vertebrarse entre el aspecto de autonomía profesional y el de autonomía laboral. Así, ante la famosa cuestión de si la FMC es un derecho o un deber creo que no cabe duda de que deben asumirse ambos aspectos. Es un derecho en el sentido de que donde ejerzo mi actividad asistencial deben proporcionarme herramientas para mejorar mi formación, y es un deber profesional que para atender a los pacientes de forma adecuada debo estar formado continuamente al máximo de mis posibilidades. Estos dos aspectos de derecho y deber deben ser utilizados, e incluso exigidos, para mantener una FMC. Donde se ejerce la actividad laboral, entiéndase tanto el sector público o privado, en el hospital o en Atención Primaria, se deben obtener las facilidades tanto en el aspecto organizativo como económico para realizar una FMC acorde con la activi-

dad. A la vez, como profesional tengo el deber de mantenerme competente y para ello utilizar parte de mi tiempo y recursos para seguir formándome. Este binomio derecho y deber, o actividad laboral y profesional hará que si la FMC se adecúa a mis necesidades ambas puedan complementarse.

En la profesión médica creo que es fácil el punto de encuentro entre de qué me debo formar y de qué me quiero formar. Esta autonomía para la formación no la debemos perder nunca entendiendo que el fin de la FMC es la mejora de la atención a nuestros pacientes.

La FMC además tiene que ser reconocida e incentivada, aspectos que van muy unidos. Un profesional con un *currículum* formativo excelente debe encontrar un reconocimiento *versus* aquel profesional que no ha realizado una FMC básica. Este reconocimiento está cada día más en boga, de modo que, como decía en el inicio, un profesional con una buena FMC en el ámbito laboral tendrá la posibilidad de acceder a puestos jerárquicos superiores y a la vez podrá optar a un mayor nivel de carrera profesional con el reconocimiento económico correspondiente. Creo que esta doble vertiente de la FMC, el *currículum* en el ámbito laboral jerárquico y en el económico son hoy en día una pieza clave de la orientación de la FMC.

Ya por último me gusta siempre explicar el binomio formación y deformación como la evolución de nuevos conocimientos y habilidades que deben sustituir a otros anteriormente adquiridos. Estos conceptos deben basarse en las teorías sobre la educación de adultos. Estas teorías, en general, asumen que las personas mayores confían



Josep M. Cots Yago\*

en sus experiencias como fuente importante de motivación para aprender y que, por otra parte, se estimulan más por un problema que por un tema para aprender, es la enseñanza basada en problemas.

Lo que caracteriza al aprendizaje basado en problemas es que el profesional es confrontado al problema de entrada, al igual que ocurre en la vida real, como estímulo para un aprendizaje activo y a partir de éste se desarrolla la formación. Así, la formación basada en la experiencia previa es la que condiciona lo que se y cómo lo aplico. La orientación de la formación médica tiene dos vertientes: por una parte, las necesidades de formación, aquello en lo que es necesario adquirir nuevos conocimientos y habilidades; y, por otra parte, aquello en lo que nos gusta formarnos en profundidad porque es lo que más dominamos, o sea, en la especialidad. En ocasiones, y no son pocas, nos formamos más en algo muy específico que en lo necesario. Para un buen desarrollo profesional deberíamos compensar estas dos modalidades, que son totalmente compatibles evitando la tendencia actual en medicina a la supraespecialización. ■

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 61

días ha sido el tiempo medio de espera para una intervención quirúrgica en España en 2010.

### 381.753

el número de pacientes a espera de una operación programada, a junio de 2010

### 4

por ciento de los pacientes han esperado más de seis meses por una intervención.

### 36

por ciento de las citas a especialidades tuvieron más de 60 días de espera.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad



Boi Ruiz.

## Boi Ruiz se pone al frente de la sanidad catalana

**M**arina Geli ya tiene sustituto al frente del Departamento de Sanidad de Cataluña. Se trata de del doctor en Medicina y diplomado en gestión hospitalaria por EADA, Boi Ruiz, de 56 años, quien en la actualidad es presidente de la patronal hospitalaria concertada La

Unió, de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP). Por otra parte, Miquel Vilardell, presidente del Colegio de Médicos de Barcelona, ha sido nombrado asesor de esta misma consejería, con lo que compartirá los próximos meses con el recién nombrado.

## BOLSA

### Telefónica encabeza el ranking del Ibex de pagos por dividendo

**D**e las 35 compañías que componen el selectivo índice Ibex, Telefónica es la que mayor rentabilidad ofrece por dividendo. Los analistas calculan que en 2011 pagará 1,55 euros (9,05 por ciento de rentabilidad), 0,15 céntimos más que el año anterior. Le siguen Bolsas y Mercados (BME), con una rentabilidad del 8,28 por ciento; Mapfre, 7,74 por ciento; Gas Natural, 7,46 por ciento, y Santander, con el 7,24 por ciento. Los depósitos bancarios y de cajas de ahorro mejor remunerados no superan el 4,75 por ciento anual, porcentaje que es batido por 21 de las empresas del Ibex, a lo que habría que añadir su potencial alcista en la Bolsa, el cual, según los analistas, se sitúa por encima del 15 por ciento en la mayoría de los casos.



## PREMIOS

### Fundación Genoma destina 120.000 euros a proyectos empresariales



**C**omo parte de su estrategia de apoyo a emprendedores e inversores, la Fundación Genoma España ha entregado seis premios (dos de 30.000 euros, dos de 20.000 y dos de 10.000) a los mejores proyectos empresariales del programa de formación de bioemprendedores (BioCampus). Las dos ayudas de mayor cuantía han sido para Glen Biotech, enfocado al desarrollo de soluciones innovadoras y sostenibles para problemas agrícolas y vinculados al sector paisajista, y Virsearch, un diagnóstico molecular de la mayor parte de los virus asociados a enfermedades en seres humanos.

## NOMBRAMIENTO

### Nuevo presidente de Fenin

**L**a Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) renovó a finales de diciembre su Junta Directiva, resultando de esta renovación el nombramiento de Daniel Carreño, presidente de la compañía General Electric Healthcare para España y Portugal, como nuevo presidente de la misma.



Daniel Carreño, nuevo presidente de Fenin.

## PATRONATO

## A.M.A. potencia las actividades de su Fundación para 2011

La agrupación Mutual Aseguradora, A.M.A., la mutua de los profesionales sanitarios, ha decidido impulsar al máximo en 2011 su recién constituida Fundación. En los próximos doce meses, la Fundación A.M.A. concederá becas de ayuda a 75 estudiantes de los cursos preparatorios para residentes sanitarios nacionales, así como dos premios científicos, diferentes ayudas formativas para profesionales sanitarios y ayudas sociales para otras instituciones. Además, promoverá un Aula Taller específica sobre Derecho Sanitario, dentro del Congreso Nacional que organiza la Asociación Española de Derecho Sanitario. El patronazgo de la mutua se extenderá a distintas ayudas económicas para profesionales sanitarios de las ramas de Medicina, Farmacia, Veterinaria, Odontología y Enfermería, para potenciar la cualificación y experiencia profesional de los seleccionados.



La Fundación A.M.A. se constituyó el pasado septiembre para promover las actividades científicas y la formación en el ámbito sanitario y del seguro asistencial.

## INDUSTRIA FARMACÉUTICA

## MSD adquiere la compañía SmartCells

MSD (denominada Merck & Co Inc en Estados Unidos) y SmartCells Inc., anunciaron la firma de un acuerdo definitivo por el que la compañía farmacéutica adquiere SmartCells, una empresa privada que desarrolla una formulación de insulina sensible a la glucosa para el tratamiento de la diabetes *mellitus*. Según los términos del acuerdo, MSD adquirirá todas las acciones en circulación de SmartCells, Inc. A cambio, los accionistas de SmartCells recibirán un adelanto en efectivo y serán partícipes de los hitos de desarrollo clínico y reguladores de los productos que resulten de la transacción por posibles pagos adicionales si se superan los 500 millones de dólares.

## Finaliza la compra de Avid por parte de Lilly

Tras el anuncio inicial realizado el pasado mes de noviembre, Eli Lilly and Company ha finalizado la adquisición de Avid Radiopharmaceuticals, una compañía privada que está desarrollando nuevos compuestos moleculares para la toma de imágenes destinadas a detectar y monitorizar enfermedades crónicas en humanos. Bajo los términos del acuerdo de fusión definitivo, Lilly adquiere todas las acciones disponibles de Avid con un pago anticipado de 300 millones de dólares, sujeto a ajuste en base al efectivo existente al cierre de la operación.

## Acuerdo definitivo de la fusión entre Novartis y Alcon

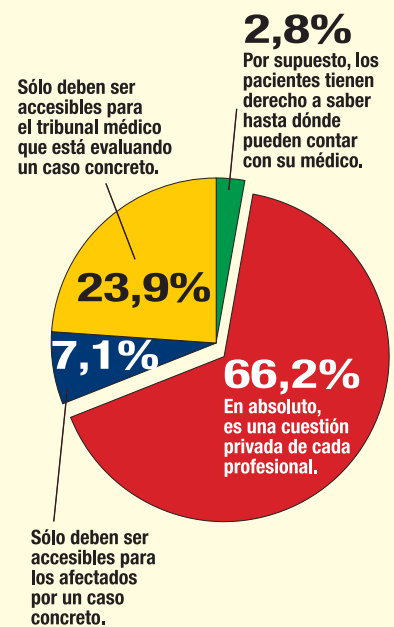
Novartis y Alcon han llegado a un acuerdo definitivo de fusión que proporciona a Novartis la oportunidad de establecer una quinta plataforma de crecimiento, como parte de su cartera de productos de cuidado de la salud. Bajo los términos del acuerdo, la fusión incluirá hasta 2,8 acciones de Novartis y un CVA en efectivo hasta alcanzar la cifra de 168 dólares por acción. En caso de que el valor de 2,8 acciones de Novartis sea superior a 168 dólares, se reducirá el número de acciones de Novartis de forma proporcional.

### NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

## Medical Economics

¿Cree que las objeciones de conciencia de los profesionales deben de ser de acceso público?



La gran mayoría de los participantes en la encuesta (66,2 por ciento) considera que la objeción de conciencia es algo totalmente privado del médico. Un 23,9 por ciento opina que es una información que debe estar accesible para un tribunal médico en un momento dado, mientras que el 7,1 por ciento cree que sólo debe ser accesible para los afectados por un caso concreto. Tan sólo un 2,8 por ciento de los votantes considera que es una información de carácter público.

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

María Ángeles Planchuelo Santos, presidenta del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo

## “Fui taxista para ayudar a mi familia”

*Casada con un médico especialista en Medicina del Trabajo como ella, dos hijos, María Ángeles Planchuelo Santos (Madrid, 1956) es una mujer afable, prudente, optimista y, sobre todo, combativa. Su cruzada contra el tabaquismo, que inició en 1993, es un claro ejemplo de ese espíritu de lucha, que ya demostró, siendo estudiante, sacándose el carné de taxista para ayudar a su familia.*

Por Gonzalo San Segundo

**PREGUNTA:** La veo con un rostro muy sonriente, no le habrá tocado la lotería... [la entrevista se realiza el 22 de diciembre].

**RESPUESTA:** Desde el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo consideramos que ya nos ha tocado la lotería, y al público en general, porque ayer por la tarde en el Congreso se aprobó definitivamente la Ley Antitabaco, que significa un avance de protección frente al aire contaminado del humo del tabaco, lejos de cualquier otra especulación que se pueda hacer contra la ley.

**P:** Lleva más de 15 años luchando contra los fumadores. Seguro que nunca ha fumado un pitillo o un porro.

**R:** No es una lucha contra los fumadores en ningún caso, lo que tiene que quedar muy claro.

Desafortunadamente, yo he sido fumadora. Comencé a fumar en mi época de estudiante de Medicina, porque la mayoría de mis compañeros en el Hospital Clínico fumaban y lo dejé cuando tuve a mi segundo hijo. Fue la mejor decisión en términos de salud que he tomado en toda mi vida. Con respecto al porro, nunca me he fumado uno.

**P:** ¿Cómo se le ocurrió emprender la cruzada contra el tabaquismo?

**R:** Comencé con el programa Europa contra el Cáncer en 1993. A partir de ahí, y profundizando en el tema, me fui metiendo, metiendo y, al final, este mundillo me ha agarrado. En ese año yo estaba trabajando en la Asociación Española contra el Cáncer en el Departamento de Prevención Primaria.

**P:** Por esas fechas participó en la fundación de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo, de la que fue presidenta. ¿Qué le indujo a ello?

**R:** En ese momento en España éramos unas 40 personas las que estábamos trabajando en tabaquismo. La mayoría coincidimos en un curso de experto en el tema por la Universidad de Cantabria que hicimos en 1999 en Madrid, y entre todos decidimos crear la Sociedad.

**P:** Supongo que en esta cruzada o lucha habrá tenido que mantener duras batallas con los políticos y grupos de presión.

**R:** Sí. Lo más difícil de desmontar, porque no casa, es cuando en una misma balanza quieres poner un tema de salud y un tema económico, porque no estamos hablando en el mismo lenguaje.

**P:** Y ahora, con la Ley Antitabaco aprobada y con la presiden-

cia de la CNPT que finaliza el próximo mes de abril, ¿contra qué o quién combatirá?

**R:** Yo seguiré trabajando en este tema y, si no, me buscaré otro objetivo al que dedicar mi tiempo libre.

**P:** Porque usted es una mujer muy trabajadora y combativa, y también testaruda.

**R:** Es que da mucha satisfacción [risas]. Me decía un profesor de Esade, donde tuve la suerte de hacer un máster de liderazgo de sociedades científicas, que “nunca tantas personas podrán agradecer a tan pocas el beneficio de salud que se le puede producir si se consigue lo que queréis”. Y esto es muy satisfactorio.

**P:** Dónde y cuándo inició su existencia María Ángeles Planchuelo.

**R:** En el Madrid más castizo, en la Casa del Pastor (sede del primer ayuntamiento de la capital), en la calle de Segovia, en 1956. Así es que mis juegos infantiles han sido en Las Vistillas, que es donde iba a patinar, y me iba a columpiar a la Plaza de Oriente. Me gusta sentirme madrileña.

**P:** Su padre era taxista.

**R:** Sí. Mis padres eran unos adelantados para su época y con visión de futuro al permitir que yo estudiara.

Éramos una familia humilde, pero vivíamos bien. Mi padre murió muy joven y, como yo soy hija única, tuve que ayudar a mi familia.

**P: Y se hizo también taxista.**

**R:** Teníamos que conservar la licencia del taxi. Para ello me saqué el carné de primera, el de conducir camiones, y la cartilla de taxista. Recuerdo esa época con una sonrisa en la boca, pues cuando hice las prácticas con el camión y me examiné, la verdad es que era genial. Jovencilla y escualdilla y con mis coletas iba con mi camión. Lo que peor llevaba era que en las cuestras arriba tenía que echar el freno de mano, y para salir de nuevo tenía que soltar todo y agarrar el freno con las dos manos para quitarlo. Y cuando iba a clase para sacarme la cartilla de taxista, todos los señores que estaban allí me miraban con una cara como diciendo: "Ésta tan jovencilla, ¿qué hace aquí"? Pero llegamos a una simbiosis muy buena: yo les prestaba los apuntes, que cogía con mucha mayor rapidez (estaba estudiando Medicina) y ellos me trababan muy bien. De taxista ejercí poco, pues enseguida acabé la carrera. Fue una etapa interesante.

**P: Creo que en el bachillerato tuvo como compañera a Norma Duval.**

**R:** Sí, Purificación Martín Aguilera. Estudiábamos en el Colegio Nuestra Señora de Guadalupe, un colegio de barrio donde me dieron una formación liberal, y nos íbamos a examinar al Instituto Beatriz Galindo. La recuerdo guapísima, con un abrigo que llevaba como de piel blanca y tenía unos ojos preciosos.

**P: En la Complutense estudió Medicina, licenciándose en 1983. Y tres años más tarde se especializó en Medicina del Trabajo en el Clínico.**

**R:** Estudié Medicina porque a mi padre, cuando yo era una adolescente, le diagnosticaron una aplasia medular y estuvo enfermo ya durante toda su vida, su corta vida. Y eso me

hizo conocer a nuestro médico, al que yo considero mi maestro, el doctor Antonio Conde de la Fuente, que era médico de Familia y cardiólogo. Y con él estuve interna en Cardiología del Clínico toda mi etapa universitaria. Y uno de mis compañeros era Juanito Corbalán, persona encantadora y uno de los grandes del baloncesto español.

**P: Dicen quienes le conocieron que Conde de la Fuente, jefe del Servicio de Cardiología del Clínico, era un tipo duro, muy exigente, lo que obligó a muchos residentes a abandonar.**

**R:** Sí, pero lo que yo aprendí con él no lo he desaprendido. Tenía una máxima: no había que dejar al paciente solo. Era muy exigente, efectivamente, pero también te daba responsabilidad casi desde el primer día, y te exigía que respondieras a esa responsabilidad. No quería mediocridades, exigía a los residentes un gran sacrificio.

**P: ¿Por qué eligió Medicina del Trabajo?**

**R:** Después de la licenciatura quería trabajar rápidamente. Me gustaban los temas de prevención, y lo más cercano a ello era la prevención que se hacía en las empresas. Tras la especialización trabajé en mutuas patronales en temas de prevención y salud laboral hasta que entré en la Asociación Española contra el Cáncer. Y de ahí, en 2006, salté a mi puesto actual en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, en la Unidad de Tabaquismo de la subdirección general de Salud Pública.

**P: Parece que se le dan bien las relaciones públicas.**

**R:** Pues no lo sé, pero sí creo que las cosas hay que hablarlas siempre y tratar de consensuarlas. Eso sí me gusta e intento que ese juego en todos los aspectos se pueda llevar a cabo. Y en un tema tan delicado y tan político y de tanta repercusión como es el tabaquismo es algo que lo tienes que tener presente de forma continua.



"Estudié Medicina porque a mi padre, cuando yo era una adolescente, le diagnosticaron una aplasia medular y estuvo enfermo ya durante toda su vida".

**P: Toda esa actividad antitabaco, ¿le deja tiempo libre?**

**R:** Tengo la grandísima suerte de tener todo el apoyo de mi familia. Lo que yo no puedo hacer, ellos lo suplen. Mi tiempo libre lo empleo para estar y disfrutar con mi familia. Sí, cada vez me gustan más las películas de amor y lujo, o sea, las de final feliz, lo cual demuestra que me estoy haciendo mayor. No soy nada trascendente.

**P: ¿No la han intentado fichar para presidir una multinacional del tabaco?**

**R:** No [sonríe y reflexiona]. Bueno, yo no sé si lo han querido hacer o no, pero no lo han conseguido. Vamos a decirlo así: soy consciente de que ha habido acercamientos que no han llegado a un final feliz.

**P: ¿Aguanta a un fumador a su lado?**

**R:** Por supuesto que sí, si no, no tendría amigos como los que tengo. Pero si el fumador está fumando..., si tengo la oportunidad me retiro de su lado. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:

 NOVARTIS

# Economía de la Salud

## en el Área de Dolor (X)

### Aspectos socioeconómicos del dolor: una síntesis



Álvaro Hidalgo\*

**E**n este artículo vamos a intentar resumir las ideas centrales de los distintos trabajos que han formado parte de la sección. Las implicaciones entre el dolor y la economía de la salud han quedado ampliamente detalladas a lo largo de la colección, sin embargo hay aspectos que nos invitan a reflexionar sobre los retos que la gestión del dolor supone a los sistemas de salud de los países occidentales.

La preocupación por el crecimiento del gasto sanitario en los países de la OCDE no es un fenómeno nuevo, ya que ha sido recurrente desde los años setenta. Por otra parte, este aumento del gasto sanitario en las últimas décadas es un fenómeno compartido por las principales economías del mundo, especialmente las desarrolladas, aunque también lo han experimentado los países en vías de desarrollo y los países emergentes. Sirva como orientación que el gasto sanitario en porcentaje del PIB en los países de la OCDE representaba el 3,8 por ciento en 1960, mientras que en el año 2008 este porcentaje se había incrementado hasta el 9,1 por ciento. En unos 50 años, el gasto sanitario casi se ha triplicado.

Las razones para este incremento son muy diversas y van desde la continua aparición de tecnologías más costosas, hasta una mayor preferencia por la asistencia sanitaria por parte de la población como consecuencia del incremento en el nivel de vida. Igualmente unos precios más altos del sector sanitario respecto a la media hacen que el porcentaje del gasto sanitario sobre el producto interior bruto se incrementa de forma paulatina. No obstante, parece que en la actualidad y en los países industrializados es la prestación real media por persona lo que explica en gran medida el alza del gasto sanitario. La población utiliza de forma más intensa los servicios de salud y estos a su vez incorporan de forma creciente nuevas tecnologías más costosas. Es decir, prestamos más asistencia sanitaria cada vez más cara a los pacientes, siendo ésta más intensa, tanto en tiempo (procesos crónicos respecto a los agudos), como

en cantidad (mayor duración de los tratamientos y mayor número de pruebas).

Sin embargo, desde una perspectiva histórica el aumento de la cobertura y las variaciones demográficas han explicado en gran medida el aumento del gasto sanitario. Diversos trabajos han demostrado que es la proximidad a la muerte y no la edad del individuo lo que explica las diferencias individuales del gasto sanitario. En este sentido, los aspectos relacionados cobran especial interés, ya que los cambios sociales han modificado la forma en que morimos. Las unidades de paliativos son una buena muestra de estos cambios, aumentar en lo posible la calidad de vida de los enfermos y reducir lo máximo posible el dolor que estos sufren en los últimos meses de su vida es algo que debe ser una prioridad dentro de nuestros sistemas nacionales de salud.

Como hemos visto a lo largo de la colección las implicaciones entre el dolor y la economía de la salud son importantes. De esta forma, según la encuesta *Pain in Europe* sabemos que el 12 por ciento de la población española sufre dolor crónico en España. El 44 por ciento de los pacientes españoles presentan dolor severo, frente al 33 por ciento, de media en Europa, siendo la duración media del dolor de 9,1 años en nuestro país en comparación a los 7 años que dura de promedio en Europa. Por otro lado, tal como señaló Dolores Fraga en su artículo, en España, según la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el 14,76 por ciento de la población española sufre restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas dos semanas. En el año mundial contra el dolor musculoesquelético (2009-2010), una encuesta basada en la población española analizó datos de 15 años (1993-2006) sobre la prevalencia del dolor musculoesquelético invalidante, que se definió como el dolor sufrido en las dos semanas previas que disminuye la actividad laboral principal o la actividad del tiempo libre por lo menos medio día. La prevalencia global fue del 6,1 por ciento en 1993,

» El gasto sanitario en los países de la OCDE representaba el 3,8 por ciento del PIB en 1960, porcentaje que se incrementó al 9,1 en 2008

» Diversos trabajos han demostrado que es la proximidad a la muerte y no la edad del individuo lo que explica las diferencias individuales del gasto sanitario

7,3 por ciento en 2001, 5,5 por ciento en 2003 y 6,4 por ciento en 2006. El predominio en mujeres fue dos veces el de los hombres.

El impacto del dolor sobre la calidad de vida de los pacientes es igualmente elevado, como bien señaló en su artículo Lilisbeth Perestelo. En la actualidad se dispone de diversas escalas de medida específicas que permiten evaluar la intensidad y el impacto del dolor sobre la CVRS del individuo en nuestro contexto español: el cuestionario de dolor de McGill (*Mcguill Pain Questionnaire*—MPQ), el cuestionario breve del dolor (*Brief Pain Inventory*—BPI), la escala de afrontamiento ante el dolor crónico (*Coping Scale Questionnaire*—CSQ), la escala de clasificación del dolor de espalda (*Back Pain Classification Scale*—BPCS), la escala de discapacidad lumbar Oswestry (*Oswestry Disability Index*—ODI), y la escala visual analógica (*Visual Analogic Scale*—VAS), entre otras. Tal como señaló en su trabajo Mayte Jube, el dolor crónico es uno de los motivos de consulta más frecuente en Atención Primaria, existiendo diversos estudios que demuestran que existe una fuerte asociación entre la presencia de dolor y el deterioro de la CVRS. De hecho, las personas con dolor crónico no maligno tienen una afectación multidimensional de la calidad de vida, que supera a otras enfermedades crónicas.

La importancia del dolor en los costes directos sanitarios fue puesta en relieve por Fernando Antofañanzas en su artículo, donde se estimó que el coste sanitario anual para el SNS de España superaría fácilmente los 3.000 millones de euros para los pacientes adultos con dolor crónico, de los cuales la mitad corresponderían al diagnóstico y seguimiento en consultas médicas. Además, si a dicho importe le sumamos el coste correspondiente a los adolescentes con dolor crónico y a todos los pacientes con dolor agudo (no crónico), el importe soportado por el SNS español derivado

del padecimiento del dolor es muy superior al señalado.

El impacto sobre los costes indirectos del dolor es igualmente muy elevado, así las jornadas laborales perdidas en España a consecuencia del dolor ascendían a 38 millones, lo que se traduce en unos costes de 1.800 millones de euros de pérdidas laborales por incapacidad temporal. Además los costes intangibles en España estarían en una franja de entre 34.000 a 51.000 millones de euros, cifra que identifica la pérdida social generada por el empeoramiento en la calidad de vida producida por el dolor crónico.

Por último, Jaime Espín puso de manifiesto las dificultades existentes para aplicar los contratos de riesgo compartido a los tratamientos para el dolor, debido en gran medida a la dificultad para identificar un parámetro objetivamente verificable del éxito del tratamiento. Sin embargo, esto no debe cerrarnos a la posibilidad de que la financiación (e incluso el grado de financiación) de nuevos medicamentos para el dolor venga determinada por la mejora de salud (disminución de dolor) que proporciona, y no sólo por el número de unidades vendidas de un determinado tratamiento.

En resumen, el dolor y sus consecuencias deben ser un elemento importante para todos los actores del sistema sanitario. Los profesionales, los gestores, los pacientes y la industria deben trabajar unidos para reducir los efectos que éste ocasiona tanto en la salud de los pacientes como en la sociedad en su conjunto. En este sentido esperamos que la sección que hoy termina haya permitido conocer mejor todas las implicaciones que tiene para el sistema de salud el dolor y haya servido para sensibilizarnos a todos al respecto. No me gustaría terminar sin agradecer el patrocinio de Grünenthal Pharma a la sección y el trabajo de *Medical Economics* en la coordinación y edición de los diferentes artículos. ■

Sección patrocinada por:



**Grünenthal  
Pharma, S.A.**

### Para saber más:

Fundación GRÜNENTHAL. Aspectos Socioeconómicos del Dolor.  
[http://www.grunenthal.es/cms/cda/\\_common/inc/pageelements/preview.jsp?contentItemId=58100190](http://www.grunenthal.es/cms/cda/_common/inc/pageelements/preview.jsp?contentItemId=58100190)

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

## De Alzira a Torrejón Viaje al hospital del futuro

Los 15 hospitales en funcionamiento en España contruidos bajo el modelo de concesión PFI y gestionados por empresas privadas disponen de unas 3.740 camas y ofrecen cobertura sanitaria a cerca de 3,5 millones de personas.

Por Gonzalo San Segundo\*

**H**a transcurrido una década larga desde la implantación en el sector sanitario público español del modelo de concesión administrativa PFI (*Private Finance Initiative*). Fue en el Hospital de Alzira (Valencia), en 1999. Hoy, la gestión privada en los hospitales públicos crece a lo largo y ancho de este país en sus diferentes modalidades: gestión sólo de los servicios no sanitarios, gestión de todos los servicios incluidos los clínicos y gestión íntegra del hospital más su área de Atención Primaria.

En la actualidad, una veintena del casi medio centenar de hospitales públicos que

se han inaugurado en España en el último lustro funcionan con gestión privada. Un modelo de gestión que, dentro de la colaboración público-privada, se extiende más allá de la Comunidad Valenciana y Madrid para instalarse en comunidades autónomas con gobiernos socialistas, como Baleares y Cataluña.

Tras el Hospital de La Ribera, en Alzira, la Comunidad Valenciana ha puesto en marcha, bajo el mismo modelo (gestión íntegra del hospital más su área de Atención Primaria) otros cuatro hospitales (Torrevieja, Elche, Manises y Denia). En total, más de 1.100 camas y una población atendida en

» Una veintena del casi medio centenar de hospitales públicos que se han inaugurado en España en el último lustro funcionan con gestión privada

» El modelo Alzira aterrizó en la Comunidad de Madrid (CAM) en 2006, con el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, donde la gestión privada es integral sin incluir la Atención Primaria

### Modelos de gestión privada con gobiernos socialistas

**E**n febrero de 2010 se puso en marcha el hospital comarcal del Baix Llobregat, llamado Moisès Broggi y situado en Sant Joan Despí (Barcelona). Lo inauguraron José Montilla y Marina Geli, entonces presidente y consejera de Salud de la Generalitat, acompañados por la ministra de Defensa, Carme Chacón.

El hospital cuenta con más de 300 camas, atiende a una población de referencia de 350.000 personas y da empleo a 600 trabajadores. Se ha construido bajo el modelo PFI (*Private Finance Initiative*) con una inversión de 113 millones de euros. La concesión es por 30 años y la UTE adjudicataria (Agbar, Emte, Teyco y La Caixa) gestiona los servicios no clínicos del centro.

Por otra parte, el pasado 10 de octubre, el presidente del Gobierno balear, el socialista Francesc Antich, en presencia de su consejero de Salud, Vicenç Thomàs, recibió simbólicamente las llaves del nuevo Hospital Universitario Son Dureta, ubicado en la zona de Son Espases, en Mallorca, y también construido bajo el modelo PFI, de la mano del presidente de la empresa concesionaria, Víctor Revuelta. El traslado del hospital fue impulsado por el PP en la legislatura anterior, pero el actual gobierno insular asumió el proyecto y lo terminó. Además, el Gobierno Antich ha aplicado el mismo modelo a la construcción y explotación por diez años de diez nuevos centros de salud y unidades básicas de Atención Primaria.

Sección patrocinada por:



**ribera salud grupo**  
Un modelo de salud

torno a los 950.000 habitantes, que se incrementa notablemente en la época estival.

El modelo Alzira aterrizó en la Comunidad de Madrid (CAM) en 2006, con el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, donde la gestión privada es integral sin incluir la Atención Primaria. Posteriormente, otros siete hospitales más se construyeron en la CAM bajo el modelo de concesión PFI, pero la gestión privada se limita a los servicios no sanitarios. Estos ocho hospitales madrileños cuentan con un total de 2.100 camas operativas y dan cobertura sanitaria a 1,8 millones de personas.

Otros tres hospitales (Collado Villalba, Móstoles y Torrejón de Ardoz), asimismo con la fórmula PFI, están en marcha en la CAM, en diversos grados de construcción. Cuentan con un total de 660 camas y atenderán una población superior a las 423.000 personas. La gestión de los tres será enteramente privada, siguiendo el modelo de Valdemoro.

Y de Madrid, el modelo de concesión administrativa con gestión sólo de los servicios no sanitarios ha saltado a otras comunidades autónomas. Por ejemplo, a

Castilla y León, con el Hospital de Burgos; a las Islas Baleares, con el nuevo Hospital Universitario Son Dureta en Son Espases, Mallorca; y a Cataluña, con el Hospital Comarcal del Baix Llobregat (Barcelona). Estos dos últimos centros hospitalarios disponen de más de 540 camas y una población de referencia de 650.000 personas.

A lo largo de su trayecto de implantación, la gestión privada ha ido conquistando otras parcelas de la sanidad pública que trascienden el ámbito hospitalario. Así, se ha introducido en las residencias de ancianos, centros de especialidades, laboratorios de análisis clínicos y centros de radiología y resonancia magnética.

El Grupo Ribera Salud, por ejemplo, además de estar presente en la gestión de cinco hospitales y más de un centenar de centros de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana, y en el Hospital de Torrejón de Ardoz, gestiona el servicio de Resonancias Magnéticas de Valencia y el servicio del Laboratorio Central de Análisis Clínicos de San Sebastián de los Reyes, que da cobertura a seis hospitales públicos de la CAM. ■

## De aquí y de allá

En **Reino Unido**, el anterior Gobierno Laborista de Gordon Brown puso en marcha 101 proyectos sanitarios (hospitales y centros de salud) utilizando el sistema PFI.

En **Canadá** es obligatorio que todo proyecto de infraestructura que se licite o adjudique se realice por el sistema PFI cuando su coste es superior a 14,5 millones de euros.

**Sant Boi de Llobregat** (Barcelona). El nuevo hospital público, que entró en funcionamiento el pasado mes de junio, está gestionado por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, mediante un convenio por 30 años firmado con la Generalitat de Catalunya.

La **Consejería** de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de **Castilla-La Mancha** ha firmado conciertos mediante los cuales el sector privado de las residencias de ancianos realiza más de la mitad de la atención pública a la personas mayores. ■

## Gestión privada asumida por el sector público

**D**e fórmulas antiguas, como son los contratos programa, hasta herramientas modernas y sofisticadas importadas del sector privado se nutre la sanidad pública con el fin de mejorar la eficiencia. Entre estas últimas cabe citar la dirección por objetivos, gestión por procesos, costes por actividad, cuadros de mando integrales, gestión por competencias, mapas estratégicos, etcétera. La Junta de Andalucía lo dejó nítidamente establecido cuando en 1993 creó la Empresa Pública Hospital Costa del Sol bajo estos principios. ■

# Gestión de Calidad: Medio Ambiente

## Hospitales verdes



Elisa Herrera Fernández\*

» La correcta gestión de los residuos sanitarios permite disminuir el riesgo hacia la salud y el medio ambiente, pero resulta bastante más caro que la eliminación de los desechos comunes

» El ahorro energético se ha convertido en otra de las prioridades de las Administraciones ya que tienen que cumplir la legislación vigente de eficiencia energética

Los grandes hospitales urbanos pueden generar más de dos millones de toneladas de residuos cada año y consumen una media energética que alcanza los 15 millones de euros. El problema derivado del manejo y la disposición de los desechos plantea la necesidad de centros que puedan gestionar sus residuos biosanitarios de forma autónoma, así como adecuar su actividad a prácticas de eficiencia energética.

La separación, recogida y traslado de los residuos sigue un proceso protocolizado y establecido en una legislación, pero no existe ninguna ley nacional o europea específica para los residuos sanitarios.

En la mayoría de las clínicas y hospitales, el tratamiento y la gestión de los residuos hospitalarios consisten en desecharlos todos juntos: papeles de la recepción, materiales de cirugía, medicamentos... para luego quemarlos en incineradores. La Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos, en los años 90, identificó este mecanismo de eliminación de desechos como principal fuente de emisión de toxinas, mercurio, plomo y otros contaminantes del aire que amenazan la salud humana y el medio ambiente. En no pocas ocasiones, los residuos se entregan a las entidades gestoras encargadas de la recogida, y, por falta del control adecuado, acaban en vertederos abiertos, lo que pone en riesgo de contagio a las personas que buscan entre la basura.

La Unión Europea trabaja sobre la emisión de gases procedentes de la incineración de residuos peligrosos a través del establecimiento de unos límites muy estrictos en cuanto al tipo de horno y a la eficacia de los equipos de limpieza de gases. Para cumplir estos límites es necesario instalar incineradores de tecnología moderna, dotados de un horno específico y de un sistema de lavado de gases de alta eficiencia. Una instalación técnicamente muy sofisticada que requiere una explotación y un mantenimiento especializados. La correcta gestión de los residuos sanitarios permite dis-

minuir el riesgo hacia la salud y el medio ambiente, pero resulta bastante más caro que la eliminación de los desechos comunes. Ésta es una de las razones por la que los centros sanitarios deben plantearse minimizar la producción de residuos, y así disminuir los costes y optimizar los procesos.

El ahorro energético se ha convertido en otra de las prioridades de las Administraciones ya que tienen que cumplir la legislación vigente de eficiencia energética. Para ello, juegan un papel importante las nuevas tecnologías, los productos ecológicos y aquellos con un ciclo de vida más largo que están apareciendo en el mercado sanitario.

Otro importante caballo de batalla son las decisiones de compra de los hospitales, ya que inciden tanto de manera directa como indirecta, en la salud ambiental. Estas decisiones influyen sobre la forma en que se producen los alimentos, la manera en que son empaquetados, consumidos y descartados. Es lo que se denomina la alimentación ecológica, que también se pretende imponer en los hospitales que se califican como "verdes". Muchos de los defensores de este tipo de alimentación opinan que es viable a nivel económico, y además implica un alto nivel de responsabilidad a nivel social.

Lo rigurosamente cierto es que la política ambiental de hospitales, clínicas y centros de salud requiere de importantes cambios y la introducción de medidas para optimizar sus recursos y producir energías menos contaminantes. Minimizar la cantidad y toxicidad de residuos, reducir el consumo de electricidad y adoptar políticas para el empleo de productos, materiales y químicos más seguros es la garantía de un sector que no sólo vela por la salud de las personas, sino también por la del mundo en el que viven. Que el termómetro de mercurio deje paso al eléctrico. Es decir, que podamos hablar de centros hospitalarios "verdes", sin que este adjetivo sea simplemente una herramienta de marketing. ■

\*Experta en Derecho Ambiental.

Para contactar: elisa.herrera@gmail.com

# SAMEM

2011  
2•3•4•MARZO



Estimado Socio:

Le anunciamos la celebración del 11º Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer, SAMEM que tendrá lugar los días 2, 3 y 4 de marzo en el Palacio de Congresos de Madrid. Dada la gran importancia que ha tenido en los medios científicos y de comunicación las ediciones anteriores en las que hubo más de 2500 participantes, Club Médico ofrece a sus socios becas y ayudas para participar en el mismo. Solicítenos el programa definitivo del Congreso en el que creemos que se ha logrado la participación de los mejores especialistas en los temas más importantes que afectan a la salud de las mujeres en España. Si desea participar en el mismo, póngase en contacto con las oficinas del Club o directamente con el Instituto Palacios, no mas tarde del 15 de febrero.

## Club Médico

Leganitos, 35-2º A - 28013 Madrid  
Tlf: 91 5410279-91 5481866 - Email: club-medico@arrakis.es  
[www.club-medico.com](http://www.club-medico.com)

## 11º ENCUENTRO NACIONAL DE SALUD Y MEDICINA DE LA MUJER

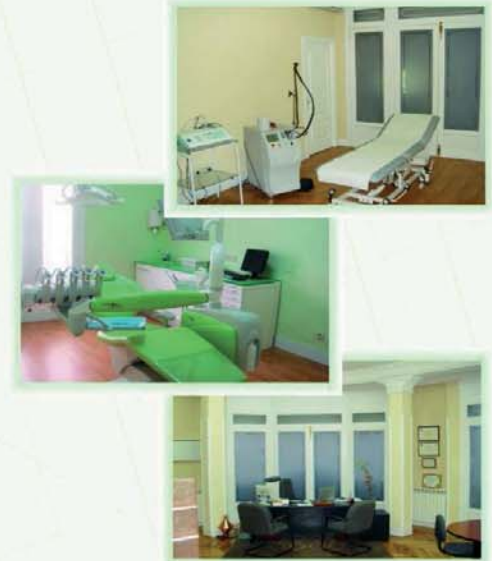




*Estética, Belleza y Salud Integral*

*Precios promocionales válidos hasta 30/06/2011*

# *Depilación médica láser*



*Precios orientativos del tratamiento*

*ingles 216€ axilas 216€*

*ingles ampliadas + axilas 378€*

*medias piernas+ingles ampliadas 715€*

*piernas+ingles ampliadas+axilas 1034€*

*Pago por sesión. Financiación a su medida*

*Profesor Jesús del Pino Gamboa*

*Jefe de Dermatología del Hospital de la Cruz Roja*

## **ESTÉTICA FACIAL**

arrugas  
manchas  
rellenos  
flacidez  
y más...

## **ESTÉTICA CORPORAL**

sobrepeso  
piel de naranja  
varices  
hiperhidrosis  
y más...

## **ESTÉTICA DENTAL**

blanqueamiento  
carillas  
implantes  
invisalign  
y más...

**CLUB DE SALUD GRAN VÍA**

**GRAN VÍA 67 (PL. DE ESPAÑA), 3ª PLANTA - 28013 - MADRID - TEL. 91 548 84 38 - 91 547 16 96**

**WWW.CMGRANVIA.COM**

**INFO@CMGRANVIA.COM**

# Internet y medicina

## Uso de redes de sociales

La Asociación Médica Americana (AMA) es conocida por sus informes y guías profesionales excelentes. De esta forma, desde el año 2000, publica su *Guía para la Comunicación Electrónica entre Médico y Paciente*, disponible en [www.ama-assn.org](http://www.ama-assn.org). Otras asociaciones profesionales españolas han hecho también una labor encomiable en la mejora de calidad de la información de salud en Internet, como el Colegio de Médicos de Barcelona a través de la iniciativa Web Médica Acreditada ([wma.comb.es/](http://wma.comb.es/)) o la Sociedad Española de Informática de la Salud ([www.seis.es](http://www.seis.es)).

A principios de noviembre de 2010, la AMA publicó unas directrices sobre el uso de Internet, dirigidas a los médicos y estudiantes de medicina. El texto destaca la participación de pacientes y médicos en redes sociales, *blogs* y en otras aplicaciones de Internet. Estas formas de comunicación en línea suponen nuevos desafíos en la relación médico-paciente. Por ello, AMA propone que los médicos sopesen una serie de consideraciones:

- Deben ser conscientes de las normas de privacidad y confidencialidad que deben mantenerse en todos los entornos, también en línea, y debe abstenerse de publicar información que permita identificar al paciente.
- Cuando se utilicen redes sociales en Internet, el médico debe utilizar la configuración de privacidad para proteger la información personal y el contenido, en la medida de lo posible; pero debe ser consciente de que la privacidad no está absolutamente garantizada y que una vez publicado, es probable que el contenido se haga permanente. Por lo tanto, los médicos deben controlar periódicamente su propia presencia en Internet para garantizar que la información publicada acerca de ello, es exacta y apropiada.
- En caso de interactuar con los pacientes a través de Internet, deben mantener los

límites adecuados de la relación médico-paciente, de conformidad con las normas éticas profesionales, tal y como lo harían en cualquier otro contexto.

- Para mantener los límites profesionales apropiados, los médicos deberían considerar la posibilidad de separar los contenidos personales de los profesionales publicados en línea.
- Cuando los médicos encuentren material que parezca poco profesional publicado por otro colega tienen la responsabilidad de avisar a ese colega, de modo que él o ella pueda eliminar, modificar y/o tomar otras medidas adecuadas sobre ese material. Si el comportamiento viola significativamente las normas profesionales y la persona no toma las medidas adecuadas, el médico debe informar de ello a las autoridades competentes.
- Los médicos deben ser conscientes de que las acciones en línea y el contenido publicado puede afectar negativamente a su reputación entre los pacientes y entre sus colegas, puede tener consecuencias para su carrera médica (sobre todo para los médicos en formación y estudiantes de medicina), y puede socavar la confianza pública en la profesión médica.

Esta guía ha sido criticada por algunos profesores universitarios en tabloides como *Sciencerrroll.com*, por ser insuficiente. Es necesario concretar aspectos prácticos como la forma adecuada de configurar la privacidad en Facebook cuando se publiquen vídeos o fotografías, o qué hacer cuando un paciente solicite ser amigo nuestro en una red social o nos mande un mensaje vía Twitter, o cuando un paciente escribe sobre efectos secundarios de un medicamento en los *blogs* que los médicos creamos, o, por último, qué hacer cuando el paciente acude a la consulta con el resultado de unas búsquedas en Google y solicitando un producto o tratamiento concreto. ■



Marcial García Rojo\*

» Cuando los médicos encuentren material que parezca poco profesional, publicado por otro colega, tienen la responsabilidad de avisar a ese colega

» En caso de interactuar con los pacientes a través de Internet, los médicos deben mantener los límites adecuados de la relación médico-paciente

\* Médico especialista de Anatomía Patológica. Coordinador de Sistemas de Información del Hospital General de Ciudad Real y vocal de Castilla-La Mancha de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud.

E-mail: [marcial@cim.es](mailto:marcial@cim.es)

# Tribunales

## Recurso desestimado por prescripción del plazo



Miguel Fernández de Sevilla\*

### Tribunal Supremo

Sala de lo Civil  
Sentencia 15-12-2009

### Hechos

El presente caso se refiere a la reclamación formulada por la recurrente, invocando la condición de afectada por el síndrome tóxico, en base a figurar en el registro de pacientes afectados por esta enfermedad desde junio de 1989 y en donde se le reconoció una invalidez permanente, ya que el Estado español fue declarado responsable civil subsidiario del pago de la totalidad de las indemnizaciones.

La Audiencia Nacional señaló en su sentencia que el ahora reclamante no se personó en su día en el sumario que determinó la responsabilidad del Estado, ni, por tanto, se vio si tenía la condición de afectado, dando por prescrita la acción; después, con fundamento en diversas pruebas médicas que le realizaron posteriormente en donde se le determinó su enfermedad, pretendió ser indemnizado, invocando el perjuicio sufrido de resultas de dicho síndrome tóxico.

### Fallo

La Audiencia Nacional denegó la petición por no acreditar el anormal funcionamiento de la Administración y ser extemporánea la reclamación efectuada, ya que habían transcurrido más de veinte años después de la supuesta afectación, lo que hacía imposible acreditar la relación causal.

Se interpuso recurso de casación contra dicha sentencia ante el Tribunal Supremo, alegando que el nexo causal estaba claro entre las lesiones por las que se reclamaba y el mal funcionamiento de los servicios públicos, entendiendo que su derecho a reclamar estaba vivo como consecuencia de la gran invalidez permanente derivada de la afectación por el

síndrome tóxico. La sala argumentó que no podía perderse de vista el alcance de la reclamación formulada cuya reparación se pretende, pues su producción es la que determina el inicio del plazo de prescripción para el ejercicio de la acción correspondiente. Y estableció que el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial comenzará a computarse, en el caso de daños de carácter psíquico o físicos, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. El recurso de casación fue desestimado.

### ANÁLISIS: Daños permanentes y continuados

Esta sentencia, desde el punto de vista del momento de la prescripción, es de suma importancia, ya que en la misma se citan otras que consolidan la teoría, siempre difícil de interpretar, del instituto de la prescripción. Se distinguen al efecto los daños permanentes de los daños continuados, definiendo como permanentes aquellos en los que el acto generador de los mismos se agota en un momento concreto aun cuando sea inalterable y permanente en el tiempo el resultado lesivo; y los continuados, los que se producen día a día de manera prolongada en el tiempo y sin solución de continuidad, empezando a contar el plazo en estos casos cuando se conozcan definitivamente los efectos del quebranto o, si se quiere, el alcance de las secuelas.

El plazo de prescripción de la acción de responsabilidad, cuando existen daños continuados producidos sin solución de continuidad, no empieza a computarse hasta que no cesan los efectos lesivos; y será a partir de entonces cuando empiece el plazo de un año para reclamar ante la Administración, sin que ello signifique que el plazo quede abierto indefinidamente. Ha de atenderse al momento en el que se concreta el alcance de las secuelas y su evolución. ■

» El ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial comenzará a computarse, en el caso de daños de carácter psíquico o físicos, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas

» El plazo de prescripción de la acción de responsabilidad, cuando existen daños continuados producidos sin solución de continuidad, no empieza a computarse hasta que no cesan los efectos lesivos

\*Profesor de Derecho Sanitario y letrado del Consejo General de Enfermería.  
Para contactar: mfernandezmor@telefonica.net

# Capital Riesgo

## Claves de negociación

Los emprendedores sanitarios suelen acudir a su cita con el capital riesgo con la impresión de que tienen poco margen de influencia en la negociación.

Nada más lejos de la realidad. Los emprendedores también "eligen" a sus inversores. Existen alternativas, y si el proyecto es bueno, el emprendedor debe jugar con esas alternativas para mejorar su posicionamiento en la negociación. Sin los emprendedores, el capital riesgo no tendría razón de ser. Todo su modelo de negocio se basa en su capacidad para encontrar, negociar y ayudar iniciativas emprendedoras que puedan darles beneficios. Los factores que marcan la capacidad de presión del emprendedor durante la negociación son:

- Una buena oportunidad, entendida como un mercado interesante, que crece, con un producto y un modelo de negocio adecuados, y un equipo capaz de llevar esa idea a la práctica no son frecuentes. Si la iniciativa emprendedora tiene gran potencial, lo probable es que despierte el interés de varias sociedades de capital riesgo, y este factor le da al emprendedor un mayor margen de influencia.

- Alternativas de financiación creíbles, tanto públicas (subvenciones) como privadas (*business angels*, otros inversores de capital riesgo) que hagan ver a los inversores que tendremos la capacidad de escoger la mejor oferta.

- El conocimiento del sector sanitario, los contactos en el sector, la capacidad de influencia en él, que puede significar la diferencia entre el éxito o el fracaso.

De igual modo, el inversor también tiene elementos que le dan una mayor capacidad de presión sobre el emprendedor:

- El tiempo, que en este caso juega normalmente a favor del inversor, que no está tan presionado para salir cuanto antes al mercado y hacer realidad su proyecto. En ocasiones, los emprendedores tienen que hacer frente a gastos como la ampliación de su patente, el pago de un prototipo, la contratación de algún colaborador, etc. Todo ello beneficia al inversor,

que sabe que si el emprendedor debe decidir con prisa, es probable que no capture todo el valor en ese acuerdo.

- Alternativas de inversión creíbles, otros emprendedores en proceso de análisis que representen también buenas oportunidades para invertir y obtener un retorno.

- La experiencia de haber pasado por el proceso en numerosas ocasiones, conociendo perfectamente cómo reaccionan los emprendedores, sus temores y sus deseos.

Los errores fundamentales que cometen los emprendedores durante la negociación con el capital riesgo son:

- Inflar demasiado los beneficios. Es una tentación muy comprensible, dado que la valoración de la compañía depende en última instancia de estos beneficios, y mediante esta estrategia los emprendedores tratan de conseguir una valoración más alta y, con ello, la necesidad de ceder menos porcentaje de propiedad de la *start-up* a los inversores. Los inversores conocen perfectamente esta tendencia y corrigen adecuadamente ese "optimismo" de los emprendedores que, si caen en este juego, ven comprometida la creación de una relación de confianza adecuada.

- Ocultar información. Todos los detalles del proyecto (técnicos, científicos, patentes, etc.) deben ponerse a disposición de los inversores con un grado de profundidad suficiente como para permitirles hacerse una idea del potencial de la idea y de sus posibles riesgos. La protección de la propiedad intelectual es, lógicamente, un punto importante para el emprendedor, pero el acceso a la información lo es en igual medida para el inversor. La relación debe estar basada en la confianza.

- No ser realistas con respecto a la valoración de la compañía, y pretender forzarla tan por encima de la realidad que limite el retorno a la inversión para el capital riesgo. Lo que para el emprendedor es probablemente el proyecto de su vida, para el inversor es uno más de los proyectos que está analizando. ■



Luis G. Pareras\*

» Todo su modelo de negocio se basa en su capacidad para encontrar, negociar y ayudar iniciativas emprendedoras que puedan darles beneficios

» Todos los detalles del proyecto deben ponerse a disposición de los inversores para permitirles hacerse una idea del potencial y posibles riesgos de la idea

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

Médico-paciente

# Una nueva relación



Una correcta comunicación con el paciente puede convertirse en el mejor de los aliados terapéuticos. Saber cuándo y cómo explicar el diagnóstico y su tratamiento, y asegurarse de que el paciente lo entiende y se compromete con su enfermedad pueden ser las claves para alcanzar el éxito clínico.

# Portador de malas noticias

CÓMO DAR MALAS NOTICIAS A SUS PACIENTES DE FORMA QUE NO SEA LO ÚNICO QUE RECUERDEN

Por **HEIDE AUNGST**

Un estudio publicado en otoño de 2008 en el *Journal of Clinical Oncology* arroja mucha más luz sobre algo que los médicos de Atención Primaria sospechan desde hace tiempo: basta que un paciente reciba una mala noticia para que olvide todo lo que oiga después.

La investigación, dirigida por la Dra. Jesse Jansen, candidata al Instituto Holandés de Investigación de Servicios Sanitarios, examinó a 260 pacientes oncológicos que visitaban a un oncólogo médico o de radiación por primera vez. Con independencia de la edad, los pacientes con peor pronóstico recordaron menos cosas que los demás pacientes. Además, cuanto más información recibieron de su médico, menos recordaron.

Aunque los médicos de familia no suelen ser los que dan la noticia de una enfermedad terminal, las lecciones son las mismas para los diagnósticos más leves.

“Sabemos desde hace mucho que cuando alguien recibe una mala noticia, no suele recordar ni la mitad de lo que oye después,” dice

Norman Jensen, internista y profesor de la Universidad de Wisconsin y presidente de la Academia Americana de Comunicación en la Atención Sanitaria en Chesterfield, Missouri. “Una de las cosas que enseñamos a las personas jóvenes es que quizá no tenga demasiado sentido ser educado después de dar una mala noticia a alguien.”

Terry Stein, directora de comunicación entre médico y paciente para Permanente Medical Group en Oakland, California, comenta que cuando un paciente recibe una mala noticia tiene lugar un proceso biológico. Le gusta la palabra “agobio,” utilizada por Daniel Goleman, autor de *best-sellers* y psicólogo, en su libro de 2006 *Inteligencia Social: la Nueva Ciencia de las Relaciones Humanas*.

El libro, añade Stein, explica qué sucede en el cerebro durante la interacción humana, como demuestran las IRM funcionales.

“Ahora existe esta manera de observar el flujo entre cerebro y sangre y qué le sucede a nuestra capacidad de recibir información y expresarnos cuando estamos en un estado de agobio,” explica Stein. “He aplicado esto mismo al enseñar a los médicos sobre cómo la comunicación puede ayudarles a comprender que todo lo que podamos hacer para reducir nuestro propio agobio, y el agobio o ansiedad de nuestros pacientes, es muy importante.”

## CÓMO MEJORAR LA COMUNICACIÓN

Según Stein, el mayor error que cometen los médicos al dar malas noticias es que se ponen en modo “sólo-los-hechos” como defensa frente a su propio malestar por tener que dar una



mala noticia. Esta actitud defensiva suele causar una falta de empatía por el paciente o un “cúmulo de datos”, es decir, demasiada información que puede ser difícil de retener incluso en las mejores circunstancias.

Otro error frecuente es utilizar un lenguaje complejo, que puede confundir y asustar al paciente.

“Hay toda una jerga multisilábica, que es la forma en la que los médicos se comunican entre sí,” comenta Stein. “Suele haber palabras que la gente no comprende.”

Jensen, de la Academia Americana de Comunicación en la Atención Sanitaria, añade que puede ser tan sencillo como utilizar la palabra “cáncer” en lugar de “malignidad.” Malignidad es tan común en el vocabulario de los médicos que a menudo no se dan cuenta de cuántas personas no saben lo que significa.

Dean Schillinger, médico de Atención Primaria e internista general en el Hospital General de San Francisco, estudia la comunicación entre médico y paciente en poblaciones vulnerables. Muchos de los pacientes con los que trabaja son incultos, pobres y de culturas extranjeras.

El medio más eficaz de valorar si un paciente ha comprendido el diagnóstico y el plan de tratamiento consiste en utilizar el método de “retro formación”, recomienda Schillinger.

“Es importante que se haga correctamente. No es ‘Entonces, ¿lo ha comprendido?’ Se trata de una petición explícita para que el paciente articule con sus propias palabras su comprensión o reacción a la nueva información.”

La clave consiste en asegurarse de que los pacientes no sienten un estrés adicional, como si estuvieran en un examen o interrogatorio. Para evitar esta situación, Schillinger pone toda la responsabilidad en sí mismo, como profesor.

Una de sus conversaciones habituales suele ser así: “Quiero asegurarme de que me he explicado bien, así que tenga paciencia conmigo. Cuando llegue a casa y hable con su esposa o sus hijos sobre mis pensamientos sobre su enfermedad, ¿cómo se lo explicará a ellos? Sólo quiero asegurarme de que mi explicación ha sido buena.”

Jensen se refiere a esto como “memorización y comprobación”, es decir, darle al paciente un montón de información y luego comprobarla

## AYUDE A SUS PACIENTES A RETENER LO QUE OYEN

- 1.** Prepare a los pacientes con antelación para cómo van a oír los resultados de sus pruebas. Pídales que vayan acompañados de su cónyuge, un amigo, o una grabadora.
- 2.** Intente mantener las conversaciones en persona, de forma que pueda observar el lenguaje corporal, y programe la visita en un horario en el que no ande con prisas.
- 3.** Decídase por unos pocos puntos clave a tratar y sígalos a rajatabla. Los pacientes no retendrán un “cúmulo de datos”.
- 4.** Comience por el pronóstico, no por el diagnóstico. Además, valore los sentimientos del paciente antes de darle el diagnóstico. Si la noticia es desalentadora, empiece la conversación ofreciéndole empatía y apoyo.
- 5.** Utilice un lenguaje sencillo y ajústese al lenguaje del paciente. Por ejemplo, diga “cáncer” en lugar de “malignidad”.
- 6.** Utilice una estrategia de “retro formación” o “memorización y comprobación”. Dé la información poco a poco y pídale al paciente que se la vaya explicando.
- 7.** Utilice folletos escritos en un lenguaje sencillo para ayudarse a explicar la enfermedad y protocolo de tratamiento.
- 8.** Ofrezca recursos que pueden ser de más ayuda, como páginas web, grupos de apoyo o trabajadores sociales.
- 9.** Establezca visitas de seguimiento para valorar cómo se siente el paciente y responder a sus preguntas adicionales.

con el paciente para asegurarse de que lo ha comprendido todo sin ninguna duda.

### PLANIFICAR LAS VISITAS DIFÍCILES

Tres médicos coinciden en que se puede hacer mucho antes y al comienzo de la visita para asegurarse de que los pacientes retengan la información que están a punto de recibir.

En primer lugar, dice Jensen, prepare a los pacientes para cómo van a recibir la noticia. Normalmente, los pacientes entienden que un resultado benigno se transmitirá por teléfono. Si se les pide ir a la consulta para hablar de los resultados, quizá supongan lo peor. Sin embargo, dar malas noticias en persona, y ser capaz de evaluar el lenguaje corporal, siempre es preferible a una conversación telefónica.

Jensen sugiere decir algo como “vamos a hacerle una biopsia ahora, y es posible que sea cáncer, o es posible que no lo sea. ¿Qué le parece, con independencia de si es cáncer o no, venir a la clínica para conocer los resultados de la biopsia?”

Jensen recomienda animar a los pacientes a que vengan con su cónyuge o un amigo, o al menos con una grabadora. Así, el paciente tendrá otro par de oídos y una forma de clarificar mejor la información.

Cuando el paciente haya llegado, es muy importante reservar suficiente tiempo sin interrupciones. Según Stein, las primeras palabras que salgan de su boca son críticas. Por este motivo, debería comenzar por el pronóstico, no por el diagnóstico.

Diga algo como “tiene una enfermedad que se trata muy bien con medicación,” aconseja Stein. “Se quedan con el dato antes de verse abrumados por el diagnóstico. Es una forma de comunicar los resultados antes de decir el nombre de la enfermedad.”

Igualmente, Schillinger también sugiere empezar por los sentimientos del paciente antes que por el diagnóstico.

“Empiece la conversación suscitando los miedos, preocupaciones de la gente, y lo que el paciente ha comprendido de la situación,” sugiere. “Hemos hecho las pruebas. ¿Qué es lo que más le preocupa?” Aprenderá mucho de lo que la gente piensa de la enfermedad, qué lenguaje utiliza, de forma que realmente podrá ajustarse a su lenguaje.”

Si el diagnóstico es desalentador, empiece con empatía.

“Trasmite compromiso por el paciente,” recomienda Stein. “Estamos aquí para hablar de los resultados de las pruebas, quiero que sepa

que estoy comprometido a trabajar con usted durante todo el curso de la enfermedad. Lo que tiene es...”

Cuando le haya dado el diagnóstico al paciente, con independencia de la gravedad, la neuropsicología se abre paso, la ansiedad fluye hasta el cerebro, y el paciente desconecta.

Éste es otro motivo para prepararse unos pocos puntos clave.

“Limite la información,” le aconseja Schillinger. “Dé la información y pare. Creo que los médicos tienden a sentirse mal, y quieren proporcionar confianza y planes de tratamiento y seguir adelante, en lugar de dejar que se asiente y valorar la comprensión, sentimientos y creencias de las personas y luego remar río abajo con el paciente en lugar de remar río arriba contra el paciente.”



**DAR MALAS NOTICIAS EN PERSONA, Y SER CAPAZ DE EVALUAR EL LENGUAJE CORPORAL, SIEMPRE ES PREFERIBLE A UNA CONVERSACIÓN TELEFÓNICA**

Si tiene folletos escritos en un lenguaje sencillo, no impresos de un libro de texto o publicación médica, podrían ser de ayuda para que el paciente recuerde los puntos clave de su enfermedad y planes de tratamiento.

Por último, Stein advierte que los médicos no deberían suponer cómo se siente el paciente al recibir una noticia que afecta a su salud, incluso cuando no es terminal.

“Es importante darse cuenta de que las malas noticias toman formas muy diferentes,” añade Stein. “Como médicos, tendemos a pensar como si fuera cáncer o alguna enfermedad terminal o no tratable. Para algunas personas, un diagnóstico de hipertensión o diabetes, o incluso un resultado normal, puede ser una mala noticia porque no reciben una respuesta... Por eso, algo muy común en nuestro entorno puede afectar realmente a las personas.”

Y lo que es más importante, los tres médicos coinciden en que es esencial programar una visita de seguimiento una vez que se haya asumido la información. Aunque el papel del internista o Médico de Familia está cambiando, Jensen concluye asegurando que sigue siendo importante hacer saber a los pacientes que el seguimiento es fundamental. ■

# Más allá del consentimiento informado

ES DIFÍCIL  
COMUNICAR EL  
RIESGO A LOS  
PACIENTES;  
AQUÍ PODRÁ  
MEJORAR  
PARA HACERLO

Por **BENJAMIN P. SAYLOR**



**E**l Dr. Jeffrey K. Pearson no se complica la vida cuando habla de los riesgos con sus pacientes. “Utilizo muchas analogías,” dice este Médico de Familia de San Marcos, California. “Comparo el riesgo con cruzar la calle, que puede ser peligroso, pero siempre puedes tomar medidas para que lo sea menos, como mirar a ambos lados. “Creo que necesitan comprenderlo tanto a nivel personal como práctico. En mi opinión, las cifras no suelen hacer eco en los pacientes,” añade.

Comunicar la información sobre el riesgo es una de las obligaciones más importantes que los médicos tienen con sus pacientes.

Por desgracia, incluso con el mejor de los esfuerzos o intenciones, existe la posibilidad de que los pacientes entiendan mal o hagan caso omiso de lo que se les dice. Sólo podrá mejorar en este aspecto si llega a entender las dificultades a las que médicos y pacientes se enfrentan en la comunicación y comprensión del riesgo.

Para mejorar la comunicación sobre el riesgo, pregúntese si explica el riesgo en términos absolutos o relativos.

¿Cuál es la diferencia? Digamos que un nuevo fármaco reduce las probabilidades de muerte por cáncer de 20/1.000 personas a 10/1.000 personas. Al expresar esta diferen-

cia en términos absolutos, la diferencia va del 2 por ciento al 1 por ciento, un cambio del 1 por ciento.

Una expresión relativa del riesgo de esta misma información sería que el riesgo de muerte por cáncer ha disminuido en un 50 por ciento, una caída del 2 por ciento al 1 por ciento es, en verdad, un descenso del 50 por ciento. La cifra relativa, aunque técnicamente exacta, hace que la disminución en el riesgo de muerte por cáncer parezca mucho más impresionante de lo que realmente es.

Expresar el riesgo en términos absolutos para dar a los pacientes la visión más completa posible.

### OBSTÁCULOS EN LA COMPRESIÓN

Comunicar los riesgos con exactitud puede ser difícil, sobre todo cuando las emociones de los pacientes entran en la ecuación, como John Paling, comenta en su libro *Helping Patients Understand Risks*. Las emociones juegan un papel muy importante en las decisiones de los pacientes en lo que a salud se refiere, con independencia de su nivel educativo, según Paling.

Por desgracia, estas emociones pueden hacer que los pacientes se obsesionen con los riesgos “equivocados”; las personas temen a los riesgos desconocidos, aunque los conoci-



Comunicar los riesgos con exactitud puede ser difícil, sobre todo cuando las emociones de los pacientes entran en la ecuación.

dos son en realidad los que podrían suponer un peligro mayor, como han afirmado los autores Paling, David Ropeik y George Gray en su libro *Risk: a Practical Guide for Deciding What's Really Safe and What's Really Dangerous in the World Around You*. Piense en el miedo equivocado que se puede tener con respecto a los alimentos transgénicos comparado con el riesgo real de ingerir comida basura.

“A menudo, los pacientes se preocupan por todo, tanto por las cosas que pueden controlar como las que no,” afirma Robert Duhaney, internista general de Dallas.

La fuente de información sobre riesgo y cuánto confían los pacientes en ella es fundamental. Un estudio británico publicado en la recopilación *Risk, Communication and Public Health*, reveló que las dos fuentes de información sobre riesgo que gozan de la mayor confianza son los amigos y la familia.

Paling también señala que el exceso de información disponible a través de internet y otras fuentes puede sembrar la duda en el paciente de que usted realmente tenga todos los datos sobre un riesgo concreto. También puede hacer que un paciente tenga una percepción exagerada de los riesgos o beneficios de un fármaco o intervención.

El nivel educativo de un paciente es otro factor. Más del 20 por ciento de los norteamericanos se sitúa por debajo del nivel más bajo de alfabetismo y conocimientos básicos de aritmética, según un informe de 1998 del Instituto Nacional de Alfabetismo. Daniel Reimer, radiólogo diagnóstico de Mobile, Alabama, asegura que incluir a un miembro de la familia o amigo del paciente en la explicación de una prueba o intervención puede incrementar las probabilidades de comprensión, y Pearson añade que intenta hablar con sus pacientes a un “nivel de escuela primaria.”

### MEJORAR LA COMUNICACIÓN

Aunque existen varias maneras de mejorar la comunicación con el paciente, todas incluyen el contexto, que hace que la información sea más fácil de comprender. Un buen punto desde el que partir es incorporar el riesgo absoluto en la conversación. El compromiso de dar a los pacientes la información más exacta y equilibrada posible sólo puede reforzar el vínculo de confianza entre médico y paciente, al mismo tiempo que utilizar términos absolutos es una forma ideal de demostrar dicho compromiso.



### Puntos clave

- » No tema preguntar a los pacientes sobre lo que usted les ha explicado.
- » Dé ejemplos de riesgos de la vida diaria para ayudar a sus pacientes a comprender el riesgo médico.
- » Exprese el riesgo en términos absolutos, no relativos.
- » Comprenda que su percepción de un riesgo aceptable puede ser diferente de la de sus pacientes.



Otro modo de mejorar la comunicación consiste en poner ejemplos de riesgos de la vida diaria, de forma que los pacientes tengan una base para poder comparar. Las analogías son una forma rápida y eficaz de transmitir la importancia, o la irrelevancia, del riesgo para el paciente. En una carta publicada en el *British Medical Journal*, un médico asegura que lanza una moneda al aire para demostrarle al paciente el 50 por ciento de riesgo de morir por tabaquismo prolongado. Más concretamente, pruebe a comparar el riesgo con los riesgos de la vida diaria, para ofrecer al paciente una comparación con la que se pueda identificar; la lista de “probabilidades de morir por...” del Consejo Nacional de Seguridad proporciona una gran variedad de estos riesgos y está disponible en [www.nsc.org/research/odds.aspx](http://www.nsc.org/research/odds.aspx).

## “LAS CIFRAS NO SUELEN HACER ECO EN LOS PACIENTES”

— Dr. Jeffrey K. Pearson

Al comunicar el riesgo, no sólo debe considerar qué información transmitir, sino también cómo transmitirla. En *Helping Patients Understand Risk*, Paling comenta que lo que usted dice y lo que el paciente escucha puede no ser lo mismo; lo que para usted es un riesgo insignificante, para el paciente puede ser una preocupación muy grave.

Sugiere utilizar un vocabulario estandarizado en el que los términos estén asociados a niveles numéricos concretos; un riesgo “muy alto” sería uno con probabilidades de uno entre uno y uno entre 10, y un riesgo “mínimo” sería uno con probabilidades de uno entre 100.000 y de uno entre un millón.

Mary Ann Bauman, especialista en Medicina Interna en Oklahoma City, dice que intenta utilizar un lenguaje uniforme en las pruebas de laboratorio que les envía a sus pacientes, de forma que no interpreten mal los hallazgos.

Las ayudas visuales son una herramienta rápida y fácil de entender que puede fomentar la comprensión del riesgo. Paling ha creado dos ejemplos destacados en la Escala de Perspectiva de Paling y la Paleta de Paling.

La primera es un cuadro que incluye el

riesgo concreto que se comunica así como una selección de otros riesgos de la vida diaria, de forma que la información no se presente en un vacío.

La segunda utiliza sencillas representaciones gráficas de una población de, por ejemplo, 1.000 personas, para que el médico pueda mostrar al paciente no sólo cuántas personas se ven afectadas por el riesgo sino también cuántas personas no se ven afectadas, presentando así los efectos tanto positivos como negativos de forma equilibrada.

Duhaney añade que le gusta emplear pizarras en las que representar sus explicaciones de conceptos como el funcionamiento de una vacuna, mientras Pearson utiliza juguetes, una comedia improvisada, y trucos de magia para ayudarse en sus explicaciones.

“Si se divierten, prestarán más atención, pero también les ayuda a comprender,” asegura Pearson.

### PREGUNTAR A LOS PACIENTES

Por último, si no está seguro de que su paciente haya comprendido lo que le ha explicado, pregúntele. Brian Downey, cardiólogo de Worcester, Massachusetts, dice que además de hablar lentamente y empleando un lenguaje no médico con sus pacientes, también les pregunta “¿Comprende lo que acabamos de hablar?” y “¿Qué debería preocuparle de este fármaco o esta intervención?”

Y no confíe en la palabrería de sus pacientes; según Bauman, los pacientes pueden desviarse con la comunicación no verbal.

“Uno de los elementos no verbales menos fiables que he aprendido a ignorar es cuando asienten con la cabeza a todo lo que se les dice,” añade Bauman. En estos casos, Bauman, al igual que Downey, preguntan al paciente si ha comprendido y le piden que repita lo que han estado hablando.

Asesorar a los pacientes sobre los riesgos precisa algo más que obtener un simple consentimiento informado. Todos los pacientes merecen escuchar los resultados positivos y negativos potenciales de una intervención o tratamiento en un lenguaje y con datos que puedan comprenderse con facilidad.

Aunque la buena comunicación del riesgo lleva su tiempo, y requiere la superación de obstáculos, el resultado de un nuevo enfoque de comunicación exitoso no consiste únicamente en un mejor consentimiento informado, sino también en una relación más fuerte entre médico y paciente. ■

# Cómo manejo las visitas con pacientes enfadados



ESTE ENFOQUE  
EN CINCO PASOS  
PUEDE FUNCIONAR  
PARA USTED  
TAMBIÉN

Por **PETER TA CHEN CHANG**

**P**or suerte, en la mayoría de consultas médicas, los pacientes enfadados son una excepción y no la norma. Sin embargo, al tratar con la colérica minoría he descubierto que la transitoriedad de mi puesto clínico suele hacer que sea la solución más apropiada. Así, a veces me encuentro en primera línea de furiosas batallas. Con el tiempo, he adquirido cierta humilde percepción de la interacción con pacientes enfadados que quizá pueda resultarle útil.

La historia natural del enfado implica cinco fases: predisposición, irritación, intensificación, arrebató y consecuencia. Comprender este proceso nos permite neutralizar el enfado de forma eficaz con una mínima alteración.

Los pacientes se enfadan por muchos motivos: recepcionistas groseros, largos tiempos de espera, hambre/sed, expectativas no cumplidas o una combinación de estos factores. Con independencia del motivo concreto, cuando entro en la sala de reconocimiento

con una sonrisa bien ensayada, la sorpresa de un desaire y malas miradas puede resultar bastante perturbadora. Para autodisciplinarme a nivel emocional y convertir una visita potencialmente hostil en una productiva, confío en una sencilla estrategia, las cinco claves para desviar el enfado: permitir, asimilar, evaluar, admitir y absolver.

**1 Permitir.** Tras la introducción inicial, permita que el paciente se desahogue sin interrumpirle. El paciente elige palabras hostiles y acusatorias para causar el máximo efecto, algunos incluso rozando lo teatral con movimientos vivos y dramáticos. El paciente pretende vilipendiar al establecimiento y afirma ser la víctima, y yo pretendo facilitar la descompresión emocional de la forma más rápida.

Si el paciente simplemente está irritado, la descompresión por el desahogo ininterrumpido puede frustrar el tono áspero de la visita, y a veces, puede prevenir la intensificación

y el arrebató. Por otro lado, si el arrebató es inminente, permitir que ocurra sin entrometarse puede limitar su alcance y daño. En los pocos casos en los que el arrebató no muestra signos de resolución y va acompañado por conductas perjudiciales o amenazantes, dé por terminada la visita.



**2 Asimilar.** Cuando el paciente se haya desahogado, asimile la experiencia con un momento de silencio. Esta maniobra es la más importante durante una visita con un paciente enfadado, y también la más sencilla. Durante esta fase exacerbada, cualquier palabra por su parte sonará hostil o a la defensiva para el paciente. Por tanto, aguántese las ganas de responder.

Manteniendo el contacto visual con el paciente, deje que los ecos imaginarios persistan, y permita que el ambiente se enfríe. Desvíe cualquier exploración de seguimiento diciendo, “intento asimilar todo lo que me ha dicho.” Pronto, la atmósfera se hará más espesa hacia una incomodidad gélida. Sin que usted haya rebatido, el paciente queda privado de argumentos para continuar e intensificar su conducta, y la confrontación se ve frustrada. Este momento de contemplación no sólo le permite calmarse mentalmente sino también permite que el paciente tenga sus momentos de introspección, que podrían catalizar las consecuencias precoces del remordimiento. No hablando, usted gana amplio terreno moral.

**3 Evaluar.** Con suavidad recuérdle al paciente el objetivo de la visita y evalúe las complicaciones clínicas mediante un reconocimiento físico.

La relación terapéutica herida se restablece por el simple y sagrado acto del reconocimiento. Entretanto, tiene la oportunidad de evaluar rápidamente el tono emocional de la visita y anticiparse a los problemas clave del proceso para poder generar contrapuntos eficaces.

**4 Admitir.** Al final del reconocimiento, discuta minuciosamente los hallazgos clínicos del reconocimiento, así como las opciones relevantes de tratamiento. Así, la visita se centra en la atención clínica, a pesar del comienzo perjudicial. Luego, vuelva su atención al arrebató de enfado del paciente. Me gusta resumirlo en uno o dos puntos principales y abordarlos de forma concisa y eficaz.

Establezca un terreno común admitiendo el derecho del paciente a estar enfadado, pero señale el efecto socavador del arrebató sobre la atención clínica. Ofrezca soluciones para evitar futuros problemas a la vez que resume las limitaciones del sistema, y recalque el papel activo del paciente en una visita clínica satisfactoria y productiva. Así, tranquilizará al paciente, que llegados a este punto suele disculparse.

**5 Absolver.** Al final de la visita, habrá administrado una atención excelente a pesar de la situación desafiante y habrá establecido un terreno común renovado con el paciente. Reflexione sobre el episodio para asegurar la integridad de la relación terapéutica. El análisis de la raíz de las causas puede ayudarle a aislar los detonantes de la confrontación y puede ser un método eficaz para prevenir futuros episodios. Si identifica un problema concreto, debería abordarlo. Un futuro conflicto puede ser mucho más desafiante si el paciente cree que usted prometió mejoras que no ha cumplido.

Los pacientes enfadados son una realidad inevitable de la práctica clínica. Afrontar la situación con confrontación no sólo es destructor y agotador a nivel emocional, sino que también puede dañar la relación terapéutica de forma irreversible, provocando desconfianza por ambas partes. Cuando ejercemos control y permitimos que los pacientes se desahoguen, y luego hacemos una pausa contemplativa para dar lugar a la reflexión e introspección, gran parte de las situaciones espinosas pueden resolverse rápidamente. En esta era de medicina defensiva, poder neutralizar la conducta hostil de un paciente durante una visita y transformarla en una terapéutica es una habilidad esencial para todas las prácticas exitosas. ■



Cuando ejercemos control y permitimos que el paciente se desahogue, gran parte de las situaciones espinosas pueden resolverse rápidamente.

Premio a la Personalidad para el matrimonio Maragall-Garrigosa

## Premios 2010 de la Fundación Farmaindustria

El matrimonio formado por el ex presidente de la Generalitat de Cataluña, Pasqual Maragall, y su esposa, Diana Garrigosa, ha sido distinguido con el reconocimiento extraordinario a la Personalidad de los *Premios 2010 a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente* que convoca la Fundación Farmaindustria, y que este año celebró su sexta edición.

Estos galardones pretenden reconocer la labor de todo tipo de colectivos y organizaciones en favor de los pacientes, apoyar las mejores iniciativas en el ámbito de la salud orientadas a este colectivo y a sus familiares, así como estimular aquellas prácticas que contribuyan a una mejora de la calidad de la vida de los ciudadanos en su condición de pacientes. Además del matrimonio Maragall-Garrigosa, entre los premiados de este año se encontraban, entre otros, Novartis (categoría Sociedad, apartado Otras Instituciones, Colectivos Organizados y Personas), el Consejo de Cole-



La sexta edición de estos galardones registró 316 candidaturas a sus distintas categorías.

gios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León (categoría Sociedad, apartado Sociedades Científicas y Colectivos Profesionales), la Fundación Josep Carreras (categoría Pacientes, apartado ONG's y otros colectivos organizados), y los hospitales Sant Joan de Deu, 12 de Octubre (UCI Pediátrica) y Ramón y Cajal (Unidad de Medicina Tropical, Servicio de Enfermedades Infecciosas), que compartían el premio al apartado Hospitales y Centros Asistenciales de la categoría Sociedad.

En el acto de entrega, presidido por el Secretario General de Sanidad, José Martínez Olmos, el presidente de la Fundación Farmaindustria, Jordi Ramentol, destacó el elevado número de candidaturas presentadas en esta edición de los premios, hasta 316. ■

# J O R N A D A

## Medical Economics

## Terapia Respiratoria Domiciliaria (TRD): Inversión en Salud



### Salón de Actos Conselleria de Sanitat

C/ Micer Mascó, 31-33

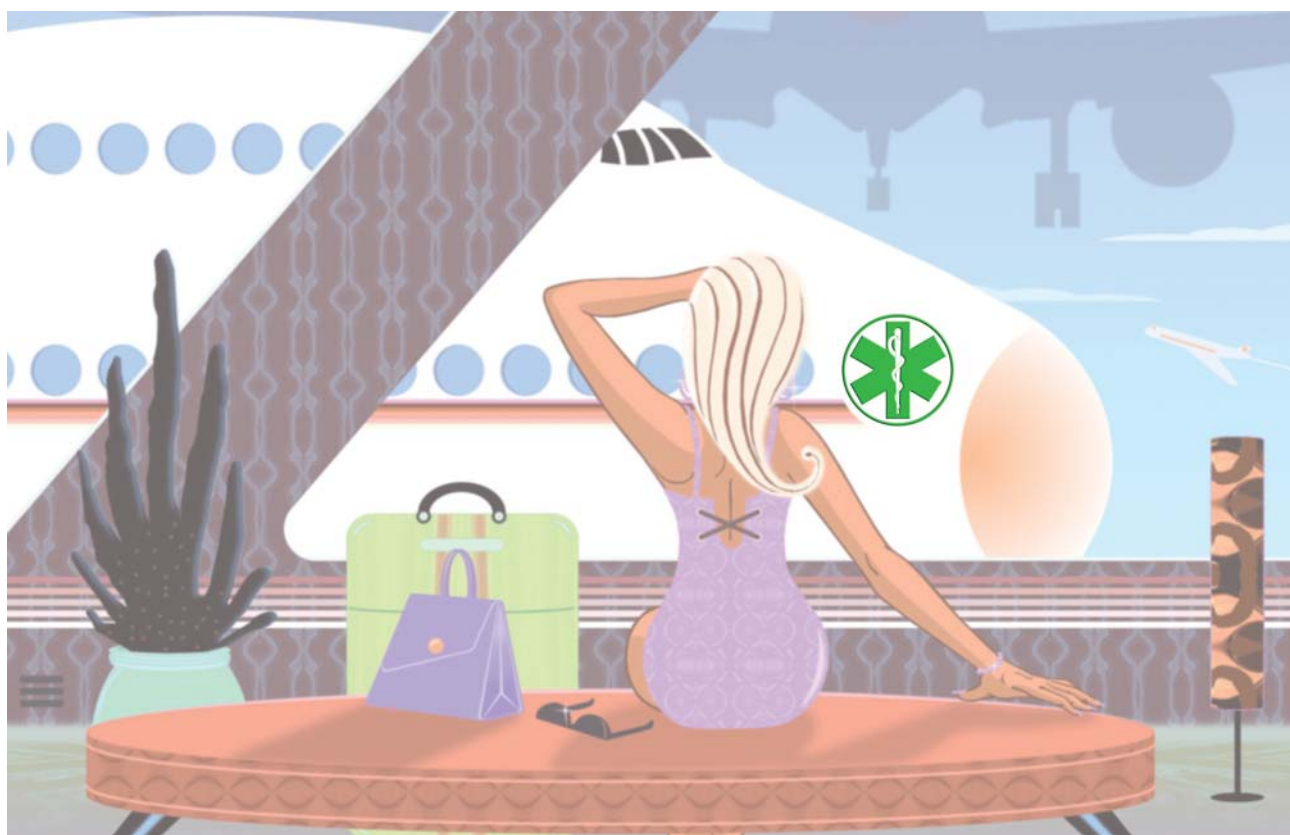
Valencia, 22 de febrero de 2011

Con la colaboración de



Información e inscripción (gratuita): Rosana Sánchez.  
Tel.: 91 500 20 77 - info@medeco.es.com

# Turismo de salud: hagamos crecer el pastel



[ Por **Gabriel Uguet Adrover\*** ]

**A**nte una crisis económica que ha provocado un descenso del número de pólizas de salud y de clientes, los hospitales privados debemos buscar nuevos mercados para mantener o aumentar nuestra actividad y una opción de crecimiento para algunos de estos hospitales debe ser su apuesta por el turismo de salud.

Por todo ello, los hospitales privados debemos buscar nuevos mercados para mantener o aumentar nuestra actividad y una opción de crecimiento para algunos hospitales privados debe ser su apuesta por el turismo de salud.

El turismo de salud supuso a nivel mundial una facturación de más de 100.000 millones de dólares en el año 2009, de los cuales España tiene una cuota de mercado prácticamente testimonial (excepto en el área de infertilidad).

Así lo refleja un estudio realizado por las aseguradoras alemanas TK y AOK en el que podemos ver que mientras el 25 por ciento de los tratamientos sanitarios no planificados efectuados fuera de Alemania en el 2009 se realizaban en España, sólo el 7 por ciento de los planificados tuvieron lugar en nuestro país. De esta manera, España fue superada como país destino de tratamientos planificados por países como la República Checa, Polonia, Italia, Hungría o Austria. Ante esta realidad, y a pesar de que somos un destino con una muy buena oferta hotelera, unos grandes centros sanitarios privados, unos profesionales con una excelente formación y que podemos ofrecer una buena relación calidad-precio, hay que plantearse que debemos de estar fallando en algo ya que no estamos en el grupo de cabeza como país destino del turismo de salud. Por ello me permito hacer las siguientes reflexiones:

- Excepto Barcelona Medical Centre y alguna iniciativa más en las Islas Canarias, Valencia o Madrid entre otros, no estamos dando a conocer nuestros excelentes hospitales fuera de España.

- Como me comentaba Enric Mayolas, director gerente de Barcelona Medical Centre, necesitamos que la administración promueva la marca *Spain* como destino turístico en el área de salud. Puesto que la promoción de destinos concretos o de determinados hospitales es ineficiente en un mercado mundial, debemos apostar por la promoción de una marca común y una vez consigamos que los clientes identifiquen a España como un posible destino, después sí que tendrá sentido la promoción individual, mientras tanto la batalla está en hacer crecer el pastel. Esta apuesta por parte de la administración para situarnos en el mercado de salud también favorecería el aumento del mercado turístico tradicional ya que nuestra calidad sanitaria debería suponer un elemento diferenciador respecto a otros destinos competidores como Turquía, Sudamérica o África, para las familias con niños pequeños, los turistas de tercera edad o los que tengan problemas de salud.

- Los centros hospitalarios que quieren crecer en este mercado deben adaptar y posicionar sus webs para captar este tipo de cliente. Según varios estudios, el 70 por ciento de los ciudadanos norteamericanos y el 68 por ciento de los ciudadanos británicos que han salido del país para recibir tratamientos médicos han elegido el centro por internet. En el caso alemán (según el estudio de TK y AOK) un 20 por ciento de los pacientes han elegido el centro por internet.

- Los centros deben dar confianza a los posibles clientes. Para ello es imprescindible que estén acreditados por la norma ISO, Joint Commission y/o EFQM.

Los centros deben ofrecer una buena relación calidad-precio, por lo que es necesario adaptar los precios para que seamos competitivos, aplicando unos precios superiores a los pactados con las compañías aseguradoras, pero quizás inferiores a los que aplicamos a los pacientes privados.

Del mismo modo, debo remarcar la gran oportunidad que puede suponer para los hospitales privados españoles la aprobación de la directiva transfronteriza sanitaria, la cual nos va a ofrecer una gran oportunidad para crecer en el turismo de salud.

## ¿De dónde viene el turista de salud?

En la actualidad los principales mercados emisores de turistas de salud son el mercado norteamericano, Oriente Medio, Reino Unido y Alemania:

**Estados Unidos.** Se estima que en 2009 1,1 millones de ciudadanos americanos recibieron tratamientos médicos fuera del país y se prevé que en el año 2012 se llegue a los nueve millones de ciudadanos. El gasto estimado en el año 2009 de dichos tratamientos fue de 1.600 millones de dólares. El 31 por ciento de los pacientes que buscaron atención fuera del país recibieron tratamientos dentales. Los principales destinos de este país fueron: México (28 por ciento), India (13 por ciento) y Reino Unido (7 por ciento). La principal razón para salir del país fue la búsqueda de tratamientos más económicos.

**Oriente Medio.** El gobierno de Dubai por sí solo gasta más de 100 millones de dólares en tratamientos sanitarios fuera del país para que sean atendidos pacientes que no pueden recibir asistencia en Dubai como consecuencia de sus carencias. Se estima que los residentes en Oriente Medio o sus gobiernos gastan unos 5.000 millones de euros anuales en tratamientos médicos fuera de su país de residencia. Los motivos por los cuales salen fuera del país son motivos asistenciales y no motivos económicos.

**Reino Unido.** 100.000 ciudadanos del Reino Unido recibieron tratamiento fuera del país en el año 2009 con un gasto aproximado de 500 millones de euros.

**Alemania.** Unos 120.000 ciudadanos alemanes salieron del país en búsqueda de tratamiento en el año 2009. Las principales patologías tratadas fuera de Alemania fueron problemas de espalda, tratamientos de infertilidad o problemas cardiovasculares. En la toma de dicha decisión influyeron, en un 57 por ciento de los casos, las razones económicas y según un 45 por ciento de los encuestados se valoró la combinación tratamiento y vacaciones.

La Federación Nacional de Clínicas privadas ha realizado un trabajo para ayudar y animar a sus asociados en su apuesta por el turismo de salud, por ello les ha facilitado información periódica sobre el tema y ha participado en diferentes foros y convenciones. Asimismo, se ha incorporado como miembro de la Unión Europea de Hospitales y está colaborando en el primer congreso sobre turismo de salud que se celebrará en Barcelona (*European Travel Medical Conference 2011*) en el mes de abril gracias al patrocinio y apoyo de Barcelona Medical Centre.

Por tanto y según lo comentado, ¿os imagináis que los hospitales privados de España pudiesen aumentar su pastel consiguiendo el uno por ciento del mercado de turismo de salud, es decir mil millones de dólares? ■



\* Responsable Internacional de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

# La responsabilidad del turismo médico

[ Por **Brian S. Kern\*** ]

Las organizaciones de gestión sanitaria se asocian con hospitales y proveedores extranjeros y ofrecen primas reducidas a los pacientes que consienten en viajar al extranjero para someterse a determinados tratamientos. Dado el coste de un cuidado similar en Estados Unidos, los pacientes pueden ahorrarse mucho dinero en el extranjero, incluyendo el alojamiento y las tarifas aéreas de primera clase.

Antes de que el mercado del turismo médico pueda competir con el nacional hay que resolver varias cuestiones legales. Tal vez la más importante sea la responsabilidad médica. Cuando una empresa de gestión sanitaria envía a un residente de Estados Unidos a un país extranjero para seguir un tratamiento, ¿tiene el paciente algún recurso disponible en caso de que fuera víctima de una negligencia?

Según la teoría de responsabilidad contractual profesional, una empresa de gestión sanitaria puede considerarse responsable de la negligencia de un médico en su red de trabajo si puede demostrarse que dicho médico carece de ciertas credenciales obligatorias.

Para mitigar esta responsabilidad potencial, las empresas de gestión sanitaria han incluido cláusulas en sus contactos con los proveedores que exigen que los médicos las indemnicen en caso de que surja una demanda de este tipo. De esta manera, y exigiendo a los proveedores que mantengan altos niveles de seguro (un millón de dólares, normalmente), prácticamente se elimina cualquier beneficio que pudiera obtener un abogado al incluir a una empresa de gestión sanitaria como demandada en un juicio por negligencia profesional.

Esta táctica puede fracasar si se trata con una jurisdicción extranjera. Así, las empresas de gestión sanitaria pueden intentar exigir a sus asegurados médico-turistas que las eximan de la responsabilidad. Históricamente, las empresas de seguros han tenido poco éxito en reducir la

responsabilidad a través de este tipo de provisiones contractuales.

Las empresas de gestión sanitaria a menudo escriben provisiones contractuales para aislarse de las demandas y pueden intentar responsabilizar a los médicos norteamericanos. Las empresas de gestión sanitaria a menudo escriben provisiones contractuales para aislarse de las demandas y pueden intentar responsabilizar a los

médicos norteamericanos. Así, si un paciente es víctima de una negligencia de un médico de la red en el extranjero y quiere presentar una demanda, su médico de Atención Primaria local puede ser el mejor recurso. Las teorías de la responsabilidad contra los médicos nacionales podrían incluir el fracaso a la hora de proporcionar un seguimiento médico adecuado, la investigación de las credenciales y los estándares de la institución extranjera o la obtención y/o comunicación

de la información médica necesaria.

La coordinación del cuidado de los turistas médicos plantea varios retos. Los médicos norteamericanos pueden llegar a tener dificultades para acceder a la documentación médica de pacientes que se sometieron a intervenciones en el extranjero. Aunque los historiales puedan obtenerse, puede que estén escritos en una lengua extranjera o que sean complicados de entender. También puede ser difícil entrar en contacto con los proveedores.

Cuando se proporciona seguimiento médico a pacientes que se han sometido a intervenciones en el extranjero, la consulta debería considerar la incorporación de preguntas concretas acerca de dicho tratamiento durante la exploración y consulta iniciales y debería abordar todos los riesgos añadidos en el formulario de consentimiento. Además, todos aquellos médicos que facilitan el tratamiento extranjero deberían asegurarse de que el cuadro médico correspondiente esté bien documentado y de que los pacientes conozcan los riesgos inherentes por escrito. ■

**PUEDA HABER  
DIFICULTADES  
PARA ACCEDER A  
DOCUMENTACIÓN  
MÉDICA  
EXTRANJERA**

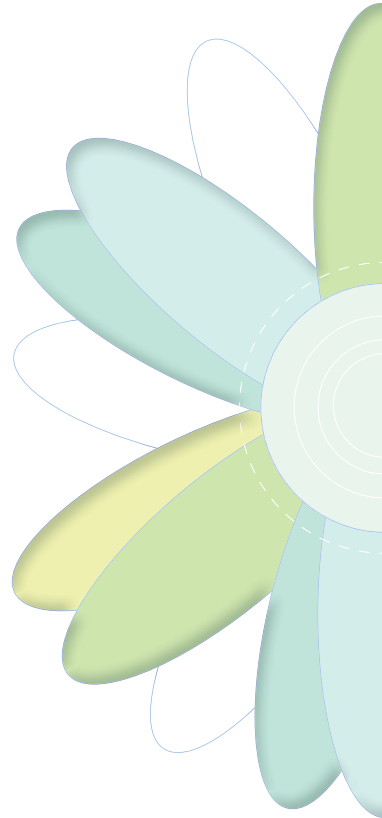
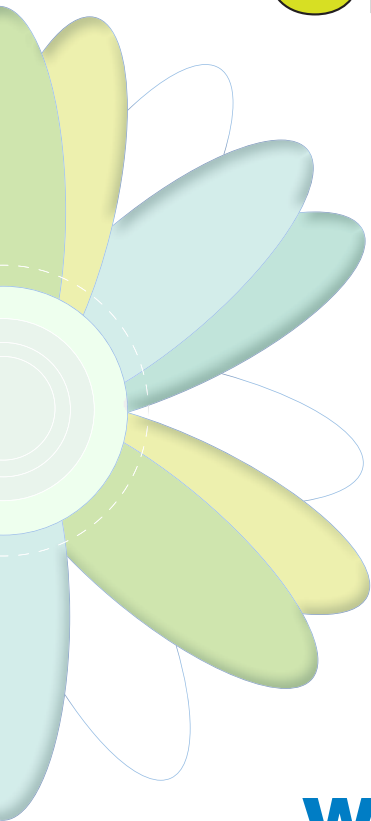


\* Cofundador y socio de Argent Professional Insurance Agency en Warren, New Jersey.



web de  
**la salud**.es

**Pensando  
en su  
paciente**

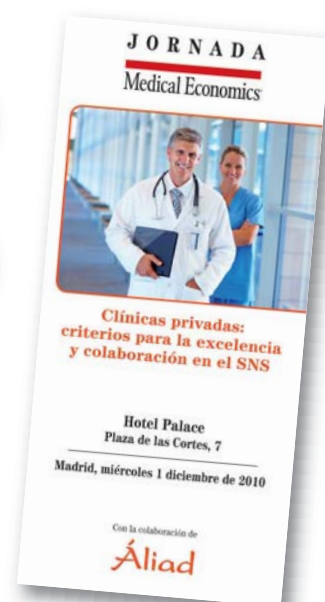


[www.webdelasalud.es](http://www.webdelasalud.es)



# En busca de una Medicina única

*Formación y modelos de gestión que contemplen diferentes grados de interacción entre lo público y lo privado se unen en el actual panorama sanitario ante un objetivo común: continuar ofreciendo una calidad asistencial definida por su nivel de excelencia.*



Los efectos de la formación en la calidad asistencial y los avances en gestión público-privada centraron la jornada *Clínicas privadas: criterios para la excelencia y colaboración en el SNS* organizada por MEDICAL ECONOMICS y la consultora Aliad el pasado mes de diciembre en Madrid. Una idea común se repitió a lo largo de la jornada: la existencia de una única Medicina y la necesidad de que todos los integrantes del Sistema Sanitario Nacional trabajen en base a ese precepto tanto si se enmarcan en la sanidad pública como en la privada.

La apertura de la sesión corrió a cargo de Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; Ana María Rodríguez de Viguri, presidenta de Aliad; y Juan José Rodríguez Sendín,

presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Rodríguez de Viguri, destacó que “la forma de crecer para cualquier empresa es ser excelente”, un objetivo que sólo se puede alcanzar a través de la formación. Y ello, recalcó la presidenta de Aliad, teniendo en cuenta que “el profesional sanitario necesita formarse no sólo para ser un buen clínico, sino también para aprender a tratar con los pacientes desde el punto de vista humano”.

Por su parte, Rodríguez Sendín señaló que “modelos de gestión puede haber muchos, pero Medicina sólo hay una. Una Medicina que debe estar disponible para todos en la que se debe aplicar lo más eficiente desde el punto de vista económico”. Y remarcó que



Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; Ana María Rodríguez de Viguri, presidenta de Aliad; y Juan José Rodríguez Sendín, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.



Pedro Luis Cobiella, presidente del IDIS; Juan Abarca Cidón, secretario general del mismo; María Luisa Calderón, directora de RR.II. y Protocolo del Grupo HM; Antonio Burgueño, director general de Hospitales de la Comunidad de Madrid; y Manuel García Abad.

“vivimos en tiempos acelerados e inciertos, pero con calidad y formación se puede responder a casi todo”.

### Formación para impulsar la calidad

La primera de las mesas redondas de la jornada llevaba por título *Formación para la excelencia*, estuvo moderada por José María Martínez, director asociado de *Medical Economics*, y contó con la participación de Julio González Bedia, director general de Áliad, y Óscar Romero Jiménez, director de Recursos Humanos de USP Hospitales. Cada uno de ellos afrontó el tema de la formación desde sus diferentes puntos de vista como formador y usuario.

El director general de Áliad señaló que la formación en el sector sanitario se caracterizaba, entre otras cosas, por conllevar “un alto coste de sustitución” y “problemas de accesibilidad a causa de los horarios, especialmente en gremios concretos como el de enfermería”. Destacaba que desde su empresa se ha dado formación a más de 200 empresas y 50.000 participantes, una amplia experiencia que le llevaba a aportar algunas conclusiones al respecto. Así, por ejemplo, indicó que la modalidad preferida es la mixta, aunque la teleformación va ganando cada vez más adeptos, y que los cursos más demandados son los del entorno de atención al paciente y protección de datos, seguidos de los cursos prácticos de reanimación cardiopulmonar.

Por su parte, Óscar Romero Jiménez expuso la experiencia formativa de su centro en el que se llevaron a cabo a lo largo del pasado año 273 actividades formativas, en las que participaron prácticamente la totalidad de los empleados directamente con USP Hospitales.

### Colaboración público-privada en Madrid

Antonio Burgueño Carbonell, director general de Hospitales de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, fue el encargado de inaugurar la segunda mesa redonda del día titulada *La colaboración público-privada*. Burgueño inició su exposición asegurando que “todos estamos convencidos de la necesidad de colaboración entre el sector público y el sector privado”, para pasar acto seguido a recopilar los avances realizados por la Comunidad de Madrid en este campo. Y es que “los últimos balbuceos que se han dado en la colaboración público-privada en todo el país han sido en Madrid”, aseguraba. “Y digo balbuceos porque Madrid ha hecho una colaboración público-privada no dirigida al sector de clínicas privadas, ha ido dirigido primero en su gran mayoría hacia la consecución de unos hospitales que había que hacer en cuatro años. Ne-

# Áliad

**“Sólo hay una Medicina y un único paciente, tanto para el sector público como para el privado, y lo más importante son los resultados en salud, con independencia de donde se den”**



Manuel Carmona y José Antonio Nieto, ambos vocales nacionales de Medicina Privada (por Cuenta Propia y Ajena, respectivamente) de la Organización Médica Colegial.



Rafael Fernández de Mesa, jefe de RR.HH. Hospitalarios de Adeslas; Rosa Mª Fernández, directora de Enfermería del H. Virgen de la Paloma; Mª José Marco, gerente de Unmequi Sanatorios; Julio González Bedia, director general de Áliad.



Óscar Romero expuso la experiencia formativa de USP Hospitales, donde se realizaron 273 actividades formativas en 2010.



José María Martínez actuó como moderador y ponente de la mesa Formación para la excelencia.



Julio González señaló el alto coste de sustitución que implica la formación en el sector sanitario.

cesitaba la colaboración público-privada en algo tan importante como es construir el hospital y gestionarlo en su aspecto logístico, pero dejando el aspecto sanitario en manos de la Administración". Y, a pesar de que "los concesionarios que acudieron a estos concursos lo hicieron más por una motivación constructiva que concesional", el director general de Hospitales opina que "ha sido un modelo de privatización altamente exitoso".

"El segundo modelo", continuó Burgueño, "fue el modelo Valdemoro, que ahora se ha replicado en Torrejón, Móstoles y Villalba". Y puntualizó "es un modelo asegurador, a pesar de que nadie pone en duda que desde el primer momento, desde el nacimiento del modelo Alzira, se dijo que pueden participar clínicas, conjunto de clínicas o aseguradoras", aunque "evidentemente, el sector de clínicas está poco habituado, tiene poca tecnología y conocimiento para contratar servicios capitativos". Así, señaló, "excepto en los casos de Ribera Salud y Capiro, los licitadores que han ido a estos concursos han venido siendo aseguradoras". Sin embargo, recalca, "es un modelo de negocio mucho más diseñado para la competitividad de una clínica que para la forma de competir el asegurador, porque la forma de competir el asegurador es la contención de costes y este modelo no es de contención de costes".

Burgueño remató su intervención mencionando un modelo de colaboración frustrado: "el otro modelo que debió haber empezado con la radiología, el anillo radiológico debía haberse hecho también en concesión", y destacando la importancia de la nueva libertad de elección de médico, centro y paciente de que disfrutaban los madrileños. Una libertad "que va a dar oportunidades, muchísimas. Y que va a traernos oportunidades no de copago, sino de poder emerger perfiles profesionales que van a estar en la pública y en la privada. Y creo que esta es una de las mejores noticias para el sector privado en muchos años", concluyó.

### Defensa de la complementariedad

Las posibilidades de colaboración entre sanidad pública y privada, fue el tema abordado por Juan Abarca Cidón, secretario general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), que inició su intervención puntualizando que "vengo a hacer una presentación no de la colaboración público-privada,

sino de la interacción entre el sector público y el sector privado". Y para hacerlo comenzó describiendo el marco en el que se mueve nuestro sistema de salud destacando, en primer lugar, que "en cada comunidad la relación público-privada es diferente". Todo depende, exponía el secretario general del IDIS, de la capacidad de la provisión hospitalaria privada en cada región que viene directamente determinada por el número de asegurados que existe. El resultado es que "allá donde existen pocos asegurados la interacción público-privada se limita a cuestiones de colaboración para temas de listas de espera". "Y en el otro extremo", continuó Abarca, probablemente estaría la Co-

**"La forma de crecer para cualquier empresa es ser excelente, un objetivo que sólo se puede alcanzar a través de la formación"**

munidad de Madrid donde existe un gran número de asegurados privados que hacen que podamos casi plantearnos como un sector competitivo, o por lo menos dar una oferta sanitaria competitiva con la sanidad pública. Ése es uno de los motivos por los que los operadores privados de Madrid no nos presentamos al modelo PPP, porque no nos hace falta para crecer dentro de la Comunidad de Madrid".

El segundo factor clave de la sanidad española es que "en el momento actual el Sistema Nacional de Salud es uno de los pilares fundamentales del estado de bienestar". Un pilar que "el año 2008 consumió el 9 por ciento del PIB, 97.000 millones de euros, de los cuales el sector público representó el 72,5 por ciento". El tanto por ciento restante corresponde al sector privado, que no ha dejado de crecer desde 2004 y que supone un volumen de gestión muy representativo, especialmente "si tenemos en cuenta que en España, a diferencia de la gran mayoría de los países de nuestro entorno, la sanidad pública oferta a la población la cobertura universal para todas las prestaciones".

Por eso, continúa, Abarca "todo lo que sea financiación privada es un suplemento. Yo lo llamo un copago voluntario. Con lo cual primero el sector privado compite con un sistema que oferta toda la cobertura, y segundo no tiene la importancia o el peso que puede tener en el resto de los países donde está perfectamente integrado con la asistencia sanitaria pú-

blica. Por eso en el IDIS no sabemos si hace falta copago o no, lo que decimos es que ya hay un copago". Y va más allá al afirmar que "lo que está claro es que la sanidad pública está mal gestionada, eso es algo evidente. Está mal gestionada porque pretende dar una cobertura universal a toda la población y, claro, si tú tienes un 20 por ciento de paro y pretendes cubrir todo a todo el mundo, el sistema no llega".

De ahí que Juan Abarca se muestre totalmente de acuerdo con la interacción público-privado, aunque eso sí, matiza revisando los diferentes modelos de gestión mixta actual para eliminar factores contraproducentes y sacarles el máximo provecho. Así, por ejemplo, en el caso del modelo PPP, explica "tiene que haber una correcta planificación con los recursos públicos porque la sanidad pública tiene que dar servicio por encima de la rentabilidad", por lo tanto, "no se pueden hacer iniciativas de servicio a infraestructuras que la sanidad privada nunca va a poder tener". Y pone un ejemplo: "la unidad de quemados que tiene La Paz es imposible que la asumiera una iniciativa privada. No la podría rentabilizar en la vida. Por tanto, no puede estar solamente el modelo PPP. Necesita una integración real dentro de una red pública donde prevalezca más el servicio por encima de cualquier otra cosa". En cuanto a los conciertos por prestaciones concretas, "que es un sistema que funciona", Abarca puntualiza que "necesita mayor estabilidad y mayor capacidad de control por parte de la Administración pública".

Teniendo en cuenta todas estas circunstancias, concluye el secretario general de IDIS "abogamos por la mutua complementariedad allá donde se pueda. Es decir, que el usuario de la sanidad privada no tenga desventajas con respecto al de la sanidad pública por el hecho de pagar una póliza. ¿Y por qué un modelo convergente? Porque sólo hay una Medicina y un único paciente, tanto para el sector público como para el privado y lo más importante son los resultados en salud, con independencia de donde se den". Por lo tanto, "la sanidad privada no puede ser considerada rival de la pública, ya que ambas son sistemas complementarios que garantizan la mejor calidad asistencial".

### Tecnología sanitaria

Margarita Alfonsel, secretaria general de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin), fue la responsable de finali-

zar el turno de intervenciones. Alfonsel coincidió en muchos puntos con sus compañeros de mesa, aunque aprovechó para puntualizar algunos temas desde el punto de vista de su sector. Así, enunció que "me gustaría puntualizar ante todo que, cuando hablamos del sector de tecnología sanitaria, estamos hablando del sector que representa las empresas que proveen de productos y servicios a la sanidad pública y a la sanidad privada; productos y servicios, relacionados con la salud y la calidad de vida. Me refiero a que nosotros aportamos a las distintas especialidades médicas tecnología para el diagnóstico y para el tratamiento".

Sin embargo, y dentro de ese aprovisionamiento general, reconoció que "las tecnologías sanitarias más innovadoras en muchos casos se incorporan antes en la sanidad privada" y es que "la sanidad pública muchas veces no entiende la tecnología más innovadora como una inversión en salud, sino como un gasto y creemos que hay que cambiar esa tendencia de gasto a inversión en salud". Por eso, apuntó, "desde la industria decimos que habría que redefinir el modelo sanitario. Y esta redefinición del modelo sanitario pasaría por integrar la sanidad privada y la pública bajo un modelo que yo ahora mismo no tengo la capacidad para trasladarles, pero que pasa por colaborar y trabajar la sanidad privada y la pública para integrar estas dos ramas como estrategia para mantener un sistema sanitario que garantice la calidad asistencial y lo haga sostenible". Y añadió "entendemos que las políticas de colaboración público-privada actúan como motor económico, que el sistema en su conjunto debe fomentar la cultura innovadora y gestionarla adecuadamente y, por tanto, entendemos que la innovación es motor de crecimiento para las economías porque refuerza la competitividad, de ahí nuestra apuesta por la innovación".

En resumen, para Margarita Alfonsel, "tenemos que ir hacia una planificación estratégica, hacia una gestión efectiva y eficiente de los procesos, a una gestión eficiente de las tecnologías y a una evaluación de los modelos teniendo en cuenta indicadores". Para acabar, la secretaria general de Fenin no quiso dejar pasar la oportunidad de recordar que "nosotros, como ámbito empresarial, hemos iniciado un camino de comportamiento socialmente responsable, que creemos que es el camino que no podemos abandonar, de compromiso con la sociedad, de compromiso con el ciudadano y con el paciente". ■



Antonio Burgueño repasó las iniciativas de gestión público-privada realizadas en la Comunidad de Madrid.



Juan Abarca recalzó la necesidad de suprimir las desventajas actuales del usuario de la sanidad privada.



Margarita Alfonsel subrayó el comportamiento socialmente responsable del sector tecnológico al que representa.

V Congreso Nacional de Enfermedades Raras y Medicamentos Huérfanos

## “Es urgente unificar los registros de medicamentos huérfanos a nivel mundial”



Manuel Pérez Fernández, presidente del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla.

*El Congreso, que se celebra los próximos 17, 18 y 19 de febrero en Sevilla, está organizado por el Colegio de Farmacéuticos de Sevilla y la Federación Española de Enfermedades Raras. Bajo el lema “Uniendo esfuerzos frente a las enfermedades raras”, investigadores, médicos especialistas y afectados harán balance de una década dedicada a la difusión pública de estas patologías que afectan a tres millones de personas en España, así como a su investigación, diagnóstico y tratamiento.*

» «Hasta que se celebró el primer congreso, nadie había convocado a los medios de comunicación, ni a la Administración, ni a los profesionales sanitarios, ni a nadie, para echar a la cara de la sociedad la tremenda problemática que tenían estos enfermos»

» «Habría que intentar que estos enfermos que tienen derecho a la salud, tuvieran también derecho a los medicamentos sin tener eternamente encima la espada de Damocles del presupuesto»

**PREGUNTA.** El Colegio de Farmacéuticos de Sevilla ha mantenido durante los últimos diez años una colaboración muy estrecha con los pacientes de enfermedades raras. ¿Cómo nace este compromiso?

**RESPUESTA.** Esta relación nace como consecuencia de que un farmacéutico sevillano contacta con una paciente que tenía un hijo con una enfermedad rara. Este farmacéutico intenta abrir las expectativas de esa familia y una de las primeras cosas que hace es acudir al Centro de Información del Medicamento del Colegio de Sevilla. Esta consulta llega a oídos del Comité Directivo del Colegio y, una vez que analiza la situación en que se encuentra esta familia y otras en su misma situación, se da cuenta de que hasta ese momento el avance que se había producido en la denuncia social en España estaba marcado por lo que se denomina “dientes de sierra”, es decir, la familia se moviliza en los primeros momentos en los que se diagnostica la enfermedad –normalmente en edades tempranas– y en muchas ocasiones forman una asociación que suele tener como sede la casa del niño, que tiene el teléfono de la casa del niño, el presidente de la asociación es el padre o la madre del niño... Luego, llega un momento en que el enfermo aumenta el nivel de deterioro

en su salud, o incluso muere, y entonces la asociación se para. Entonces, cuando analizamos esta situación vimos que era necesario crear un grupo de personas no vinculadas a las patologías raras por afectividad familiar que se dedicara a tirar del carro, y eso es lo que hicimos con este farmacéutico y con el Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, apoyando la creación de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER), y a partir de ahí nace nuestra vinculación tan estrecha con la Federación y con los pacientes de enfermedades raras.

**P.** Así fue como en 2000 se pudo celebrar en Sevilla el I Congreso Internacional de Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras. ¿Qué supuso este primer encuentro para los afectados por enfermedades raras?

**R.** Supuso un revulsivo, porque hasta ese momento nadie había convocado a los medios de comunicación, ni a la sociedad civil, ni a la Administración, ni a los profesionales sanitarios, ni a nadie, para echar a la cara de la sociedad la tremenda problemática que tenían estos enfermos y para que se dieran cuenta de que había que tomar medidas. El congreso sirvió de espoleta para todo lo que vino después.



**P. ¿Cuál será el eje central de este congreso?**

**R.** Se trata de analizar cuál es la situación en estos momentos de la enfermedades raras. Haremos un balance de diez años de trabajo en este campo y ponemos al alcance del paciente la posibilidad de manifestar cuáles son sus principales problemas. Además, los investigadores explicarán en qué están trabajando en estos momentos.

**P. ¿Se ha avanzado en investigación y desarrollo de medicamentos?**

**R.** Avanza más rápido la sensibilización social que la investigación. Por otro lado, estamos observando que existe una divergencia que habría que resolver rápidamente en los registros, porque mientras en Estados Unidos hay en estos momentos 106 medicamentos huérfanos registrados, en Europa no pasan de 60 y en España son 50 ó 51. Eso quiere decir que una de las necesidades que hay –y es urgente, porque esto es una lucha contra reloj– es que reunifiquen los registros a nivel mundial. Esto no es difícil, ya que estamos hablando de que cuando en Estado Unidos se aprueba un medicamento, lo hace la Agencia Americana del Medicamento, lo que es garantía suficiente para que se pueda proceder a su comercialización en Europa.

**P. ¿El problema es de índole económica?**

**R.** Efectivamente, porque hay que tener en cuenta que al final estos medicamentos acaban financiados por la Administración. Entonces, claro, cuando se registra un medicamento en la Agencia Europea, debe pasar el filtro de los registros nacionales. Cuando llega a la Agencia Española, hay que negociar el precio, que suele ser a la baja con respecto a la media europea. La cuestión económica junto al exceso de burocracia lleva aparejado que se dificulte o se retrase la aplicación de esos medicamentos.

**P. La crisis no va a ayudar...**

**R.** No va ayudar, no... Lo que pasa es que, como ya se ha dicho en muchas ocasiones, habría que sacar de los presupuestos de Sanidad estos medicamentos y vincularlos a un capítulo especial de Salud Pública. Habría que intentar que estos enfermos que tienen derecho a la salud, tuvieran derecho también a estos medicamentos sin tener

eternamente encima la espada de Damocles del presupuesto.

**P. ¿Hay implantados modelos de intervención sanitaria especiales para estos pacientes? ¿En qué medida?**

**R.** Afortunadamente hay más de 60 centros de referencia en España, coordinados por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (Ciberer). Está todo muy protocolizado. Trabajan bastante bien, hay una gestión conjunta que puede dar muy buenos resultados. Se ha avanzado mucho, pero, claro, el problema es tan grande, que lo que se ha avanzado es mínimo.

**P. ¿El grado de implicación de los médicos en este problema es el deseable?**

**R.** Yo rompo una lanza a favor de los profesionales sanitarios. Su papel es clave en la lucha contra las enfermedades raras. Ahora, gracias a su esfuerzo personal, a las posibilidades que ofrecen las bases de datos y a las ofertas de formación, el médico, cuando tiene una serie de pruebas diagnósticas delante y no le cuadran, o no las sabe interpretar, empieza a pensar en una enfermedad rara, cosa que antes no se producía. Raro es el hospital que no lleva un tema de enfermedades raras al Congreso.

**P. ¿Qué se siente al recibir la distinción de "Embajador de las Enfermedades Raras" que otorga la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER)?**

**R.** Lo que he sentido ha sido una enorme alegría, pero fundamentalmente por los enfermos, porque es el reconocimiento a una labor que se había hecho en beneficio de ellos. Y luego, a quien de verdad le sirve esto es a mis hijos, que ven que su padre no es sólo la máquina de reñir que está en casa, sino que es una persona que merece un reconocimiento por parte de alguien.

Y por último, es un reconocimiento que me llena de satisfacción, pero que me hace echar de menos a mucha gente, porque cuando empezamos con tantísima ilusión esta tarea, en 1997, estábamos un grupo de gente del que ya faltan tres personas. Tenían una patología rara, ellos o alguno de sus hijos, y tristemente han fallecido. Así que el premio se lo dedico expresamente a ellos. ■

Jornada sobre atención al paciente crónico polimedicado

# El paciente, protagonista de su salud

*Los avances de la ciencia han permitido incrementar la esperanza de vida del ser humano y dominar enfermedades que en su momento eran mortales. Ambos factores contribuyen a que cada vez sea mayor el número de personas que conviven de forma crónica con una enfermedad. Un nuevo escenario de salud pública que se analizó en la Jornada El paciente crónico polimedicado: Una actitud por la vida.*



Siempre decimos que el paciente es el eje del Sistema Sanitario Nacional y esta afirmación llega a parecer un tópico, pero este principio puede convertirse en una realidad y dar lugar a un nuevo paciente activo y realmente protagonista del sistema". Con esta reflexión inauguró Patricia Flores, viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, la jornada *El paciente crónico polimedicado: Una actitud por la vida*, evento organizado por el Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, *Medical Economics* y la Asociación Española de Derecho Farmacéu-

tico, con la colaboración del Ayuntamiento de Alcobendas, Oximesa y webdelasalud.es.

En esa misma línea incidió Juan Ignacio Barrero Valverde, Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, quien aportó datos concretos como que "los pacientes crónicos suponen el 80 por ciento de las atenciones en Atención Primaria y el 60 por ciento de las hospitalizaciones" o que "sólo el 40 por ciento de los enfermos crónicos cumplen estrictamente con su medicación, un problema que conviene erradicar por medio de la concienciación del enfermo", apostillaba.

Precisamente, la cronicidad de las enfermedades es una de las características que, en opinión de la consejera, marcará el futuro del sistema: "les recuerdo que nuestra organización nació para atender a procesos agudos. Y tenemos una organización que necesita una reflexión sobre sí misma y un proceso de cambio para adaptarnos a esta realidad que cada vez es más frecuente". Y añadía: "Cada vez que se habla de los retos del sistema sanitario para los próximos 10-20-30 años, yo creo que el primero que se pone, junto con problemas de financiación y demás —que éste también tiene que ver con el de la financiación—



Mariano Avilés, presidente de ASEDEF; Juan Ignacio Barrero Valverde, Defensor del Paciente de la CAM; y Pedro Vidal, subdirector general de esta misma entidad.



Ignacio García de Vinuesa, alcalde de Alcobendas; Patricia Flores, viceconsejera de Sanidad de la CAM; Mónica Sánchez, delegada de Bienestar Social de Alcobendas; y Manuel García Abad.

es el de cambiar la forma de aproximarnos las administraciones sanitarias, los hospitales, los centros de salud a los pacientes que tienen este carácter de crónicos. Y la necesidad por parte nuestra, por parte de los que velamos por su salud de que esa convivencia con la enfermedad sea una convivencia que no haga perder en exceso o más de lo necesario la calidad de vida del paciente".

### Comunicación y educación

A lo largo de la jornada los diferentes ponentes hicieron hincapié en una serie de ideas clave para lograr un nuevo enfoque en el tratamiento de las enfermedades crónicas. La mayor parte de ellos incidieron en la importancia de este nuevo escenario de salud y en la mejora de la comunicación médico-paciente, así como la educación del enfermo como elementos indispensables para enfrentar ese nuevo panorama.

Así, Esther Gil Zorzo, presidenta de la Fundación Educatec y experta en educación terapéutica instaba a los paciente a "exigir programas de educación para aprender a manejar su enfermedad" e incidía en la diferencia existente entre información y educación. Alberto Pardo Hernández, subdirector general de Calidad de la Dirección General de Atención al Paciente perteneciente a la Consejería de Sanidad de Madrid, destacaba el nuevo escenario creado por "incremento de la edad, mayor número de enfermedades y polime-

dicación" en el que se produce un problema de seguridad ante el cual "intentamos facilitar al paciente las herramientas para que se ayude a sí mismo". Parte de esas ayudas forman parte del programa específico para pacientes crónicos polimedificados desarrollado por la Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid, y que expuso Olga Larrubia Muñoz. Por su parte, Ana Pastor, vicepresidenta primera de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, destacaba como herramientas fundamentales para mejorar la calidad de vida del paciente "la comunicación, la coherencia en el abordaje por parte de todos los profesionales y la disminución de la variabilidad clínica".

La Jornada contó asimismo con una mesa redonda protagonizada por las asociaciones de pacientes, en la que participaron, entre otros, Juan Carlos González Sánchez, director técnico del Patronato de Bienestar Social del Ayuntamiento de Alcobendas, y Jesús Gutiérrez Gonzalo, presidente de la Asociación de Pacientes de EPOC y Apneas del Sueño.

Mario Alonso Puig, consultor de comunicación y creatividad, y Juan Cruz González, psicólogo clínico, marcaron los momentos más interactivos de la mañana con dos intervenciones de *coaching* en las que incidieron en el poder de la mente y el estado de ánimo a

la hora de enfrentarse a y convivir con una enfermedad crónica.

### Salud en un clic

En esa línea de dotar de herramientas válidas al paciente y dar un paso adelante en información de salud se sitúa webde-lasalud.es, que copatrocinó la jornada celebrada en Alcobendas. Este portal facilita el más completo abanico de recursos para el mejor cuidado de la salud propia, con información detallada y exhaustiva acerca de áreas clave, como son las enfermedades, la información sobre medicamentos y consejos útiles para una vida saludable, todo ello complementado con recursos de utilidad sobre salud bucodental, centros asistenciales, aseguradoras e información sobre entidades e instituciones de interés en el sector salud.

La web ha sido desarrollada por un equipo multidisciplinar de profesionales con experiencia en el sector salud, incluyendo médicos, farmacéuticos, periodistas especializados y comunicadores, así como la aportación técnica de expertos web-multimedia, todo ello con el aval de un Consejo Asesor de expertos en cada disciplina médica.

Los contenidos, elaborados pensando en las necesidades del paciente, tienen como objetivo principal mejorar la relación médico-paciente gracias a una apropiada gestión de la información que hará más activo al paciente y le permitirá ser más consciente de lo que puede hacer por su propia salud. ■



Mariano Avilés, Javier Rojo (Oximesa), Manuel García Abad, el psicólogo Juan Cruz, Mario Alonso Puig (consultor de comunicación y creatividad), Pedro Vidal y Julia Merino.



La segunda mesa redonda de la jornada estuvo protagonizada por las asociaciones de pacientes.

## Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco

### Rafael Bengoa: "El principal problema del sistema de salud actual es su pasividad"



Rafael Bengoa Rentería, consejero de Sanidad y Consumo del País Vasco.

**PREGUNTA.** *¿Cuáles son los puntos clave en su gestión de la sanidad vasca?*

**RESPUESTA.** Todo lo que se ha estado haciendo en la sanidad en estos últimos años ha creado un modelo asistencial satisfactorio para atender a los episodios agudos de enfermedad. Sin embargo, mientras tanto, ha ido cambiando de forma muy sustancial el entorno del sistema vasco de salud (y el de todos los demás). De hecho, nunca ha cambiado tanto el entorno y de forma tan brusca. Me refiero al entorno económico, al epidemiológico, las expectativas de los usuarios y al tecnológico. Estos cambios, los mayores de los últimos 30 años, nos obligan a una transformación.

En términos organizativos, hoy tenemos el "chasis" de una organización de 1970 mientras que las tecnologías y las expectativas de nuestros pacientes y gran parte de la medicina están en el 2011. Para adecuar ese chasis a 2011 es necesario diseñar e implementar políticas activas desde los responsables de política sanitaria porque los sistemas de salud no se reforman a sí mismos en esa dirección. De hecho, los sistemas de salud hacen todo lo contrario, mantienen el *status quo*. En Euskadi hemos decidido avan-

zar activamente para sincronizar al sistema de salud con ese nuevo entorno. No hacerlo, incluso en plena crisis, nos parece un error.

**P.** *Los enfermos crónicos son uno de los grandes retos de su comunidad, ¿qué medidas se están tomando al respecto?*

**R.** El principal problema del sistema de salud actual es su pasividad. El modelo heredado es un modelo pasivo donde a la mayoría de los pacientes, que ahora son crónicos, se les gestiona como si fueran enfermos agudos. Es decir, la organización es esencialmente de carácter reactiva. En un modelo de agudos se trata de definir el problema por el que se consulta, diagnosticar e iniciar un tratamiento, habitualmente farmacológico. La consecuencia de esta lógica aplicada a un enfermo crónico, tanto en Atención Primaria como en la hospitalaria, induce a ofrecer al paciente crónico una atención episódica cuando lo que necesita es una atención continua. El razonamiento organizativo del "chasis" de los años 70 fue concebido para tratar episodios. Todo ello lleva a un modelo reactivo.

Por ello, en Euskadi nos dirigimos hacia un modelo organizativo más proactivo para asegurar, entre otras cosas: que exista un sistema de seguimiento continuo de los pacientes con todo tipo de recordatorios preventivos y de control (se ejercerá de forma creciente por sistemas de biomonitorización de los pacientes en su domicilio); que los pacientes tengan la confianza y las habilidades para gestionar su enfermedad (se están desarrollando nuevos programas de educación al paciente con nuevos enfoques educativos, y con apoyo educativo virtual en la medida de lo posible); que los pacientes reciban cuidados para un control óptimo de su enfermedad y preven-

ción de complicaciones (esto lo hacemos presencialmente en la interacción clínica y desarrollando nuevas formas virtuales y no presenciales de interrelación a distancia con los pacientes); que los pacientes reciban más cuidados en su domicilio y en Atención Primaria y menos en los hospitales; que los pacientes reciban una atención más continua por medio de la integración de los sistemas de información, historia única electrónica, y por medio de nuevas profesiones más integradoras tipo enfermero/a de enlace. Es evidente que estos cambios no son posibles sin una inversión y desarrollo importante en las TICS.

Prácticamente todas las comarcas y los hospitales de la red vasca han iniciado innovaciones. Algunas apuntan a integrar los servicios de Atención Primaria y hospitales, otras están estableciendo redes sociales entre clínicos y pacientes, otras están educando a pacientes con nuevos enfoques basados en la corresponsabilidad de la gestión de su enfermedad, otras están probando nuevas modalidades de asistencia remota y cuidados a domicilio, otras organizaciones experimentan con la telemedicina buscando la opinión de especialistas a distancia.

Con el fin de avanzar en esta dirección se han diseñado 14 proyectos estratégicos que ya se están implementando. Vienen recogidas en la nueva *Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi*.

**P.** *¿Puede la sanidad privada ayudar a la pública sin distorsionar su esencia? ¿Cómo se mantiene ese equilibrio en el País Vasco?*

**R.** Habría una distorsión si la pública y la privada no avanzan en la misma dirección adecuando su modelo asistencial a las nuevas necesidades de la población, encontrando un mejor equilibrio

entre la medicina aguda y crónica. La medicina privada deberá hacer prácticamente los mismos cambios que la pública; en su caso lo hará para fidelizar a unos pacientes que exigirán más proactividad, más recordatorios preventivos, mejores cuidados para sus enfermedades crónicas, más servicios por interacción virtual, más monitorización a domicilio, etc. Si la medicina privada no hace este cambio perderá muchos clientes.

Hace 70 años en Euskadi morían dos de cada 20 niños en su primer año de vida, la estancia media en hospital era de 45 días (hoy es 7), no había antibióticos y no había tratamiento para el cáncer. Hoy, esos indicadores son apenas creíbles.

Es evidente que la historia de la medicina ha sido un éxito. En ese éxito en Euskadi han participado tanto la medicina privada como la pública. Sin embargo, y a pesar de ese éxito, en un mun-

do más globalizado y con una epidemia más relacionada con la enfermedades crónicas es fácil intuir que ni la pública ni la privada podrán seguir haciendo más de lo mismo. Ha cambiado prácticamente todo. Hoy los retos son muy diferentes, las enfermedades son diferentes y, por supuesto, los profesionales y los pacientes son diferentes. En ese contexto de gran cambio para todos, la pública y la privada seguirán complementándose y tendremos que avanzar en una nueva dirección aprendiendo los unos de los otros.

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

**R.** Es un reto de implementación de los cambios necesarios. En la sanidad vasca hemos empezado estos proyectos y todos tienen unos hitos que deben cumplir para asegurar su implementación. La intención es mover todas las poleas a la

vez (explicadas anteriormente), incluida una que promueve el desarrollo de nuevas experiencias de demostración de estas líneas de actuación por los equipos locales de salud. El segundo reto más importante es conseguir pasar a un gestión poblacional. Con esto entendemos que es necesario empezar a gestionar "sistemas" en una comarca en lugar de estar únicamente gestionando estructuras asistenciales (hospitales y centros de salud).

Estos microsistemas, que ofrecerán medicina integrada, avanzarán en la búsqueda no sólo de ganancias en salud (salud pública) sino en la identificación de las eficiencias de gestión posibles. La presunción es que muchas de las ineficiencias actuales están en las interacciones entre las estructuras más que dentro de las estructuras. Conseguir más continuidad de cuidados entre niveles liberará recursos y aportará de forma sustancial a la sostenibilidad del sistema de salud.

## NOTICIAS/ACTUALIDAD

### Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad

**L**as enfermedades crónicas concentran el 77 por ciento del gasto sanitario público en el País Vasco. Estas cifras han llevado al Departamento de Sanidad y Consumo y Osakidetza a lanzar una estrategia para afrontar el reto de la cronicidad de una forma global e integral. La nueva estrategia se sustenta en cinco líneas políticas: el enfoque de salud a partir de una población estratificada, la promoción y prevención de enfermedades crónicas y sus complicaciones, la promoción de la autonomía de los pacientes, el continuo asistencial y las intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades no sólo sanitarias sino también sociales.

### Convenio de colaboración con Deusto Business School

**E**l Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco ha firmado un convenio con Deusto Business School que supone un paso adelante en la formación de nuevos gestores sanitarios y que consolidará la oferta formativa para los futuros gestores sanitarios a la vez que desarrolla materiales pedagógicos en los que se ilustre el proceso de cambio estratégico en la sanidad vasca. El primer programa en Dirección Sanitaria se impartirá en este curso. Con el fin de determinar el plan académico específico y el profesorado, se ha creado una Comisión de Seguimiento, formada por tres miembros del Departamento de Salud y tres de Deusto Business School, que será la encargada de ponerlo en marcha.

### El registro de cáncer de Euskadi cumple 25 años

**E**l Registro de Cáncer de Euskadi se ha revelado en estos 25 años como un instrumento fundamental en la lucha contra esta enfermedad, en la medida en que, debido a un seguimiento metódico, continuo y riguroso, permite un análisis estratificado por sexo, edad, residencia y localización anatómica del tumor. Ello ha permitido ir conociendo los ámbitos médicos y poblaciones donde implementar programas de detección precoz y, en consecuencia, mejorar tasas de curación y calidad de vida. Actualmente, los programas generales en marcha son los correspondientes al cáncer de mama y de colon-recto, mientras que existen también otros basados en criterios de oportunidad para cáncer de cuello uterino y próstata.

### Plena instauración de la imagen radiológica digital

**A** lo largo de 2011 se eliminará al completo la placa tradicional de todos los hospitales y ambulatorios al instaurarse la digitalización de imagen radiológica en toda la red de Osakidetza. En septiembre del pasado año los hospitales de Cruces, Galdakao, Basurto, Txagorritxu y Donostia y sus ambulatorios trabajaban ya con imagen digital, y comenzó la implantación de la misma en el resto de centros de Osakidetza, de manera que en la actualidad todos los hospitales de la red y sus ambulatorios trabajan con imagen radiológica digital, aunque algunos aún no tienen capacidad de almacenamiento.

# Inversiones

## Claves para invertir en 2011



Natalia Aguirre Vergara\*

» Para iniciar el ejercicio bursátil 2011, optaríamos por una cartera muy global para aprovechar las expectativas en las economías emergentes y las buenas perspectivas de crecimiento en Estados Unidos

» Rusia es el más barato de todos los emergentes, a la vez que podría verse apoyado por privatizaciones en 2011 y precios del crudo consistentemente altos

La recuperación económica global continuará en 2011. Es cierto que el crecimiento conjunto de la economía mundial será moderado, incluso menor que en 2010 debido, entre otras cosas, a los ajustes fiscales en Europa. Sin embargo, lo más relevante es que la recuperación económica continúa, con especial énfasis en las economías emergentes y tasas más moderadas en las desarrolladas. Y lo hace sin presiones inflacionistas en los países desarrollados, dado el bajo grado de utilización de la capacidad productiva. Este entorno de crecimiento moderado e inflación controlada permitirá que los tipos de intervención de bancos centrales como el BCE o la Reserva Federal norteamericana sigan en mínimos históricos, a lo que se sumará la continuidad en la recuperación de los beneficios empresariales (aprovechando el esfuerzo de contención de gastos operativos e inversiones de los últimos años). Esta combinación hace que la renta variable siga constituyéndose como una atractiva opción de inversión frente a otros activos.

Ahora bien, consideramos que habrá que ser muy selectivos por países a la hora de invertir en bolsa, especialmente en la primera parte del año. Así, y para iniciar el ejercicio bursátil 2011, optaríamos por una cartera muy global para aprovechar las mejores expectativas en las economías emergentes (Asia, Latinoamérica, Europa del Este) y las buenas perspectivas de crecimiento en Estados Unidos, que se verá apoyado tanto por políticas de estímulo monetario (tipos bajos de intervención y políticas monetarias no convencionales —el famoso *quantitative easing*—) como fiscal (extensión de los recortes fiscales de la era Bush durante dos años más). En Asia, rotaríamos desde países con mejor comportamiento relativo y valoraciones exigentes (Indonesia, Singapur, Malasia) hacia otros más rezagados del Norte del continente (China, Hong Kong, Corea). En Latinoamérica, la economía podría mantener la

velocidad de crucero, con México continuando con la positiva evolución registrada en 2010, de la mano de la recuperación americana, mientras que Brasil, que en 2010 ha vivido un año de transición, debería mejorar su comportamiento. El área seguirá apoyada por la recuperación de las materias primas, lo que nos lleva a sobreponderar sectores ligados a materias primas y mineras. En lo que respecta a Europa del Este, cabe destacar que Rusia es el más barato de todos los emergentes, a la vez que podría verse apoyado por privatizaciones en 2011 y precios del crudo consistentemente altos.

En el caso concreto de España, y aunque apreciamos valor en el medio plazo, consideramos que hasta que no se acote el riesgo soberano asociado a la crisis de deuda pública europea, la bolsa difícilmente podrá recoger la positiva evolución macroeconómica global y de los resultados empresariales. Asumiendo no obstante una normalización del riesgo soberano a lo largo del año, y partiendo del escenario base descrito, de crecimiento moderado a nivel global (España 0,6 por ciento en 2011), baja inflación (España 1,4 por ciento), recuperación de beneficios empresariales (10 por ciento en Íbex), cierta normalización en la rentabilidad de la deuda pública a 10 años y moderación de la prima de riesgo a niveles medios de 2010 (diferencial España – Alemania 150 pb), apreciamos valor en el Íbex con una visión de medio plazo (objetivo 12.200-12.400 puntos). Será no obstante un año no exento de volatilidad, propiciada por “ruidos” (riesgo soberano, apoyos monetarios) y en el que la respuesta de las autoridades globales (bancos centrales, gobiernos) será clave para la evolución de las bolsas. Iniciaríamos el año sobreponderados en sectores con elevada visibilidad de resultados, balances saneados y atractiva retribución al accionista, como son el de telecomunicaciones (Telefónica) o el petrolero (Repsol, Técnicas Reunidas). ■

\*Economista y Directora de Análisis y Estrategia de Renta 4, Sociedad de Valores, S.A. Para contactar: analisis@renta4.es.

# Valores del mes

## Buscando exposición global

En esta sección proponemos, cada mes, dos valores que representen una oportunidad de inversión. La selección se efectúa por medio de un análisis económico de diversas variables financieras (flujo de caja libre generado, nivel de deuda, niveles de rentabilidad y solvencia empresarial), que determinan el valor de la empresa. Los títulos propuestos tendrán un precio implícito mayor que el cotizado en los mercados.

Por **N. A. V.**

### Qué ofrecen

Consideramos importante iniciar el año con una exposición global, especialmente a los países emergentes, que serán un año más las economías que liderarán el crecimiento económico mundial en el nuevo año. Así lo confirman las expectativas de crecimiento del PIB para 2011: 6,5 por ciento en emergentes fren-

te a 2 por ciento en economías avanzadas (0,6 por ciento en España). Por tanto, consideramos que la mejor forma de rentabilizar nuestro dinero es conformando una cartera de renta variable que tome posiciones en los valores con mayor atractivo de cada zona geográfica, con un sesgo claramente emergente. ■

### Los elegidos

**Estados Unidos.** Dos valores: 3M y American Express. En el primer caso, estamos ante una compañía industrial con elevada diversificación geográfica, y con exposición especialmente relevante a Asia, que cuenta con una buena diversificación de producto, además de unos múltiplos bursátiles atractivos. En el caso de American Express, la inversión en el valor es una vía para tener exposición al sector financiero posicionándonos en tarjetas de crédito, subsector en el que la compañía disfruta de una sólida posición.

**Asia.** Optamos por invertir en Mitsui, empresa industrial con una cartera muy diversificada de materias primas que cotiza a unos múltiplos muy bajos en relación a otras compañías, y que ha aumentado su proyección de dividendos futuros.

**Latinoamérica.** La cíclica Usiminas puede ser una buena opción: es una compañía básicamente acerera, que en 2010 se ha visto perjudicada por la presión sobre márgenes (incremento de los costes de aprovisionamiento y débil demanda) pero que en 2011 debería verse beneficiada por la recuperación de la demanda.

**Europa del Este.** Hay que tener en cuenta que las compañías rusas son las que presentan un mayor descuento entre los emergentes del sector de petróleo y gas, lo que nos lleva a elegir a Gazprom como uno de los valores más baratos del sector.

**Europa.** Seleccionamos tres valores: Vinci, Unilever y Telefónica. En el caso de Vinci, apreciamos su elevada cartera de pedidos y las oportunidades que se abren en el negocio de infraestructuras en EE. UU. Unilever es una empresa de consumo básico con exposición a Asia y sobre todo a China. Su bajo apalancamiento financiero le proporciona oportunidades de cara a buscar crecimiento no orgánico. Por su parte, Telefónica se verá beneficiada por el cumplimiento de sus objetivos del Plan Estratégico 2010-12, apoyada por un fuerte crecimiento en Latinoamérica (integración de Vivo en Brasil) y por la positiva evolución esperada en Europa, que le proporcionan el mejor perfil de crecimiento del sector. ■

Concepto	PER <sup>(1)</sup>	RPD <sup>(2)</sup>
3M	13,8	2,50%
American Express	12,1	1,70%
Mitsui	7,0	3,70%
Usiminas	4,0	3,10%
Gazprom	4,7	1,60%
VINCI	12,3	4,20%
Unilever	14,0	3,60%
Telefónica	9,1	9,20%

<sup>(1)</sup>Número de veces que el beneficio neto está contenido en el precio de la acción. Estimación para 2011. <sup>(2)</sup>Rentabilidad por dividendo estimada para 2011.

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 20-12-2010.

# spanish doctors



Vol. 1. No. 4

Highlighted Areas:  
Gastrointestinal Tract  
Diagnosis & Management  
of Individuals

## Medical English for Spanish-Speaking Doctors

*Seleccionamos en esta sección algunos contenidos de la revista-curso de inglés médico materializado gracias a la colaboración entre la Organización Médica Colegial (OMC) y Spandoc. Si está interesado en suscribirse al mismo puede hacerlo en [www.ffomc.org](http://www.ffomc.org). Más información en [www.spandoc.com](http://www.spandoc.com)*

### grammar – basic

#### QUESTION

Is the patient **coughing** up blood?

Are the nurses **taking** a break?

Why is she **coughing**?

How is the patient **doing** today?

Where are you **taking** that specimen?

#### ANSWER

Yes, she is.

No, they're not. They're **having** their hand-over.

She has bronchitis.

She's not doing too well.

I'm taking it down to the lab. It's needed urgently.

### Asking questions in the present continuous

### pronunciation

Veamos dos sonidos próximos a la "o" española:

/ɒ/ sonido corto, con la boca más relajada

/ɔ:/ sonido largo, con los labios en círculo en posición de soplar

**The sound /ɒ/**

sonido corto, con la boca relajada

o doctor  
a what quality  
ou cough

The **doctor** admitted the child with whooping **cough** to the **hospital**.

**What** I **wanted** to know was whether the betab**lock**er was doing the **job**.

### Doctor on call

### miscellanea

- ▶ I have a red stethoscope. This stethoscope is mine. - Is it yours? - Yes, **it's** mine. (it's = it is)
- ▶ My stethoscope has a label on the bell. **It's** got my initials on it. (it's = it has)

- ▶ My stethoscope is very nice, but it has problems. **Its** main problem is that it is too old. (The problem belongs to the stethoscope)
- ▶ I know how to use a stethoscope, but I don't know how to use a computer. My **IT** skills are not as good as my auscultating skills. (IT = Information Technology)

### It, it's, its, IT

### clinical cases

The patient complained of epigastric pain and difficulty in swallowing. A chest x-ray revealed a large irreducible hiatus hernia.

**complain:** quejarse, en este caso de síntomas.

**difficulty in swallowing:** dificultad para tragar. Es interesante cómo en textos médicos en inglés se evitan términos más académicos como **dysphagia** y se opta

### Hiatus Hernia

siempre que sea posible por términos comunes o descriptivos. Otro ejemplo sería **pain on swallowing** en lugar de **odynophagia**. 🖐 Fíjate en las preposiciones que hemos subrayado y cómo van seguidas de gerundio.

**irreducible hiatus hernia** ★ -. Un buen trío de palabras para practicar pronunciación. 🖐 Fíjate que **no** es "irreducible" como en español: en inglés **no** lleva "t".

## health-care language

A self-sampling smear test could increase cervical cancer checks among women who are too busy or anxious to attend regular screenings, according to news reports.

**self-sampling:** literalmente sería auto-muestreo, pero en español diríamos algo así como toma de la propia muestra. “**Free sample**” es muestra gratuita y lo vemos mucho en algunas muestras de productos farmacéuticos que recibimos de los representantes o visitantes médicos (*medical reps*).

## Self-sampling

**smear test:** citología cervical. Algunas pacientes se refieren a esto como el *pap test*, abreviado de *papanicolaou test*, sobre todo las americanas.

**checks:** chequeo, reconocimiento. En inglés no se usa la palabra *control* para el seguimiento o para actividades preventivas. De modo que “control de tensión arterial” o “control de niño sano” es “BP checks” or “baby checks”. No confundir con **cheque** que es talonario bancario (aunque los americanos lo escriben igual: *check*).

## family doctor



**embarrassing** -. Cuando algo es *embarrassing*, te hace sentir incómodo, avergonzado, culpable.

**passing wind (or breaking wind):** tener flatulencias.

**bloated:** inflado, hinchado. **losing weight / putting on weight:** perder peso / ganar peso.

Fíjate que el segundo es un “*phrasal verb*” (verbo + preposición inseparables para el significado): *putting on*.

## GI symptoms

## travelling doctor



**fiancé:** prometido, a punto de casarse, un paso más allá de *boy-friend or girlfriend*.

**in advance** - con antelación.

**Could I please ...** -. Atención al orden de las palabras y al tiempo del verbo. *Could* no sólo es pasado sino también condicional.

**book a table** - hacer una reserva de una mesa. Igual que **make a reservation** que aparece después en el texto.

**a party of four:** un grupo de cuatro. No tiene nada que ver con “fiesta”.

## Going out for dinner

- > Más de 800 cursos disponibles
- > Manuales Online (Merck, 12 de Octubre, Harrison)
- > Ciclos de videoconferencias

**univadis**<sup>®</sup>  
un servicio de  MSD

El punto de encuentro de los médicos en Internet  
en [www.univadis.es](http://www.univadis.es)



4Tours Aeropuerto de Castellón

## Dominio total del equipo europeo

Las estrellas del torneo, disputado en el Club de Campo del Mediterráneo, fueron Sergio García y Chema Olazábal.

**E**l equipo del Tour Europeo, liderado por Sergio García, ha sido, una vez más, ganador del 4Tours Aeropuerto de Castellón Costa Azahar, disputado en el Club de Campo del Mediterráneo y organizado por MatchGolf, con una aplastante victoria de 47 golpes bajo par; el conjunto del Senior Tour ha remontado a la segunda posición con -24; el Tour Nacional ha sido el tercero con -21, y el cuarto, el Challenge Tour con -19. Se trata de la quinta victoria para el equipo del Tour Europeo, que ya había ganado en los años 2005, 2006, 2007 y 2009.

Sergio García, capitán del Tour Europeo, aseguraba: "Estoy contentísimo por mi equipo, ha habido un momento en los nueve primeros hoyos que se ha apretado mucho la cosa. Ha sido muy bonito ver a Chema recuperándose, cada vez se le ve mejor por el campo y ha hecho un gran esfuerzo esta semana. Yo cada vez estoy mejor, pero no empezaré a competir hasta febrero del año que viene".



El equipo Tour Europeo, liderado por Sergio García, obtuvo una aplastante victoria de 47 golpes bajo par.

Emilio Rodríguez, capitán del Senior Tour, decía: "Estoy muy orgulloso de mi equipo, han jugado muy bien todos, era un día complicado y para nosotros el campo estaba muy difícil, pero hemos hecho todo lo posible. Quiero felicitar a todo el mundo por su gran juego, y dar las gracias porque he sido feliz como capitán de este equipazo, que ha conseguido remontar de esta manera en un día tan complicado".

José Manuel Carriles, capitán del Tour Nacional, estaba triste pero consciente

de sus oportunidades: "No pudo ser, pero da la sensación de que estamos metiendo las narices cada vez más cerca de la copa. Estoy muy orgulloso de mi equipo, se ha hecho el esfuerzo pero no ha salido, sé que ellos también han tenido presión, pero los que nos han ganado son muy buenos, y así es el juego. En general, estoy muy contento, llevamos dos años con oportunidades de ganar, y ya queda menos para conseguirlo".

Por su parte, Álvaro Salto, capitán del Challenge Tour, decía entre risas: "Cuchara de madera otra vez. Creo que deberíamos reivindicar una ayudita para el año que viene, un acercamiento a las barras del Tour Nacional. De todas formas, creo que mi equipo ha rendido por debajo de sus posibilidades, pero no como para quedar tan alejados. Como capitán, estoy contento con el esfuerzo que han hecho por mantener la competición hasta la última vuelta y demostrar ganas de remontar en todo momento". ■

## Azahara Muñoz, 'Mejor Novata del Circuito Americano'

**L**a española Azahara Muñoz se ha convertido en la primera jugadora de nuestro país en conseguir esta distinción que premia, desde 1962, a aquella golfista que mejores resultados ha conseguido a lo largo de la temporada entre aquellas que acceden por primera vez al LPGA. Con un palmarés *amateur* excepcional que incluye numerosas e importantes victorias en España y Europa (varias medallas de oro en europeos por equipos, además del British Girls en 2004 y el British Ladies Amateur en 2009) Muñoz se hizo profesional en junio de 2009 para ganar, acto seguido y en su primera intervención, el Madrid Ladies Masters. Pocos meses después consiguió, junto a otras tres españolas, la tarjeta del Circuito Americano, donde ahora ha logrado la distinción como *rookie del año*. "Estoy muy feliz por haber ganado este premio. Es lo que todas las novatas quieren lograr porque sólo se tiene la oportunidad de hacerlo una vez en la vida", ha declarado la malagueña Azahara Muñoz.

# EL ÉXITO NO SE IMPROVISA



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

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

**DRUG FARMA**  
**CONGRESOS, S.L.**

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



**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.

