EDICIÓN ESPAÑOLA

Medical Economics®

7 DE OCTUBRE DE 2011

Nº 158

DOSSIER:
La Sanidad en la Comunidad de Madrid PÁG. 17

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es

LA SANIDAD: ¿motor o freno de la economía?

S.P.A.
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

AHORA TU VIDA SOCIAL IMPORTA MÁS QUE NUNCA

Por ser mutualista y traer con nosotros a tu familia, tus compañeros de trabajo... A.M.A. te descuenta un 10%* en el importe de la renovación de tu póliza.

te descontamos un 10% en el importe de tu póliza

Para más información llama al:

902 30 30 10

o acude a tu oficina más cercana.

- Descuentos por traer nuevos mutualistas que contraten pólizas en los ramos de: Multirriesgo Hogar (ramo 12), Establecimientos Sanitarios (ramo 23), Multirriesgo Farmacia (ramo 24), Automóvil (ramo 30), Responsabilidad Civil Prof. (ramo 52), Resp. Civil Prof. Odontólogos (ramo 55), Resp. Civil Sociedades (ramo 56).
- Descuento de un 10% en póliza de cartera si el nuevo mutualista contrata una póliza del mismo ramo.
- Si existen varias pólizas de un mismo ramo susceptibles de descuento, éste se aplicará sobre la que indique el mutualista. Si no indica nada, sobre la más próxima al vencimiento.
- Si se contrata una póliza de un ramo que el mutualista no tiene, el descuento se efectuará sobre la póliza del ramo que tenga contratada con preferencia de la póliza de los ramos de la escala antes señalada.
- Tratamientos de descuento comercial y solo para el primer año.
- El descuento que se contempla es único (ya se traiga uno o varios mutualistas).
- Oferta válida del 14 de marzo al 31 de diciembre de 2011.

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

Sumario

7 de octubre de 2011

Medical Economics

Número 158

52

- Fórmulas innovadoras de gestión
- Vanguardia en I+D biomédica
- Área única y libre elección
- Tecnología: un puente hacia la salud en el hogar

17

EN PORTADA

52 La Sanidad: ¿Motor o freno de la economía?
Cómo conseguir más ingresos y dónde recortar en Sanidad fueron los dos temas que centraron el último debate de *Los Jueves de Medical Economics*, foro de encuentro que dirige el ex presidente de la OMC Guillermo Sierra.

JORNADA

14 Una visión integral de las enfermedades respiratorias
La alta prevalencia de las enfermedades respiratorias hace de ellas un problema de salud pública, que exige un replanteamiento de las estrategias a seguir para encararlas.

DOSSIER

17 La Sanidad en la Comunidad de Madrid
La libre elección de médico, enfermera y hospital, el área única en Atención Primaria, el desarrollo de la gestión privada en los hospitales públicos y el ascenso de la investigación biomédica a puestos de liderazgo son las principales señas de identidad de la sanidad madrileña.

CERTAMEN DE RELATOS

62 Por qué son importantes las evaluaciones
Aproveche los comentarios para ayudar al desarrollo de sus empleados y consulta.

62

continúa en página 3

MÁS VIDA PARA CADA VIDA

En **Oximesa** somos **líderes** en servicios de salud a domicilio. Nuestra experiencia nos permite dar respuestas al gran reto sanitario del siglo XXI, la **atención domiciliaria al paciente crónico.**

OXIMESA
GRUPO PRAXAIR

www.oximesa.es

Medical Economics

EDITORIAL

EDITOR Manuel García Abad

DIRECTORES ASOCIADOS José María Martínez García, Gonzalo San Segundo Prieto

COORDINADOR EDITORIAL Enrique González Morales

REDACCIÓN Almudena Caballero Díaz
medeconomics@spaeditores.com

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz, Carolina Vicent

PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

BARCELONA Salvador Tugues
stugues@drugfarma.com

ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo
91 500 20 88

SUSCRIPCIONES

Manuel Jurado
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

S.P.A.
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Antonio López, 249-1.º Edificio 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

Sumario

SECCIONES

5 Con ojo clínico
Ni se compra ni se vende

7 El termómetro
En busca de un destino

8 Al día
Avances en la creación de un registro nacional de profesionales

10 Gestión en Atención Primaria
Impacto tecnológico en los servicios de salud

12 Economía de la Salud: Trastornos Mentales
Aspectos farmacoeconómicos

58 Lo mejor de lo publicado
Resumen de los últimos artículos más relevantes de la bibliografía internacional

61 Normativa
Intrusismo profesional

64 Informática
Cuestión de costes y mejora de la rentabilidad

ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Pueden los ajustes en Sanidad afectar a la calidad asistencial?

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

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

La sección Golf se elabora con la colaboración del Grupo Nuevo Lunes.

MEDICAL ECONOMICS no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados. Asimismo, se reserva el derecho a adaptar y resumir el contenido de las cartas recibidas de los lectores.

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.
GRUPO HM HOSPITALES

Marta Aguilera Guzmán
PRESIDENTA. SEDAP

Margarita Alfonsel Jaén
SECRETARIA GENERAL. FENIN

José Luis Álvarez-Sala Walther
JEFE DE Sº DE NEUMOLOGÍA.
H. CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID

Humberto Arnés Corellano
DIRECTOR GENERAL.
FARMAINDUSTRIA

Joan Josep Artells i Herrero
DIRECTOR. FUNDACIÓN INNOVACIÓN, SALUD Y SOCIEDAD

Mariano Avilés Muñoz
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO FARMACÉUTICO

Honorio Bando Casado
CONSEJERO DE DIRECCIÓN. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

Josep Basora Gallisá
PRESIDENTE. SEMFYC

José María Barahona Hortelano
CATEDRÁTICO DE OFTALMOLOGÍA.
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

Carlos Belmonte Martínez
DIRECTOR. INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE ALICANTE

Vicente Bertomeu Martínez
Sº CARDIOLOGÍA. H.C.U. SAN JUAN. ALICANTE

Fidel Campoy Domenech
DIRECTOR GENERAL DE SALUD.
DKV SEGUROS

Miguel Carrero López
PRESIDENTE. PSN

Guillermo Castillo Acero
DIRECTOR. FUNDACIÓN GRÜNENTHAL

Enrique Catalán López
ASESOR. GRUPO EMPRESARIAL DE LA ONCE

Ana Céspedes Montoya
DIRECTORA DE COMUNICACIÓN Y ASUNTOS CORPORATIVOS.
MERCK FARMA Y QUÍMICA

Felipe Chavida García
PRESIDENTE. IDEPRO

José Cortina Orriós
DIRECTOR DE PARTICIPACIONES INMOBILIARIAS. BANKIA

Enrique de Porres Ortiz de Urbina
CONSEJERO DELEGADO. ASISA

Jaime del Barrio Seoane
DIRECTOR GENERAL. INSTITUTO ROCHE

Manuel Díaz-Rubio García
PRESIDENTE. REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

José Antonio Dotú Roteta
PRESIDENTE. FUNDACIÓN MEDICINA Y HUMANIDADES MÉDICAS

Joaquín Estévez Lucas
PRESIDENTE. SEDISA

Julio Fernández Llamazares
DIRECTOR CORPORATIVO DE COMUNICACIÓN. CAPIO SANIDAD

José Fernández-Vigo López
CATEDRÁTICO DE OFTALMOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Francisco Vicente Fornés Úbeda
PRESIDENTE. SEMST

Antoni M. Fuster Miró
GERENTE. UNIÓN BALEAR DE ENTIDADES SANITARIAS

Abelardo García de Lorenzo y Mateos
JEFE CLÍNICO. Sº DE MEDICINA INTENSIVA. H.U. LA PAZ. MADRID

Enrique Gargallo Santa Eulalia
DIRECTOR MÉDICO.
CLÍNICA MEDINORTE DE VALENCIA

José Antonio Gutiérrez Fuentes
DIRECTOR. FUNDACIÓN LILLY

Abraham Herrera
JEFE DE RR.II. Y POLÍTICA SANITARIA.
BAYER SCHERING PHARMA

Gabriel Herrero Beaumont
JEFE DE Sº DE REUMATOLOGÍA.
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Álvaro Hidalgo Vega
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA.
UNIV. DE CASTILLA-LA MANCHA

Héctor Jausás Farré
SOCIO DIRECTOR. JAUSÁS ABOGADOS

Albert Jovell Fernández
PRESIDENTE. FORO ESPAÑOL DE PACIENTES

Carlos Lens Cabrera
CONSEJERO TÉCNICO. DIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA

Diego López Llorente
PRESIDENTE. CLUB MÉDICO

Ricardo de Lorenzo y Montero
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO

José Manuel López Abuin
DIRECTOR. INSTITUTO DE SALUD RURAL. LA CORUÑA

Manuel Martín Cortés
CONSULTOR INDEPENDIENTE

Santiago Martínez-Fornés Hernández
REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE ZARAGOZA

Rafael Matesanz Acedos
COORDINADOR NACIONAL DE TRASPLANTES

Teresa Millán Rusillo
DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES. LILLY

Basilio Moreno Esteban
PRESIDENTE. FUNDACIÓN SEEDO

Alfonso Moreno González
PRESIDENTE. CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES EN CC. SALUD

Regina Muzquiz Vicente-Arche
DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES. PHARMAMAR

César Nombela Cano
CATEDRÁTICO DE MICROBIOLOGÍA.
FACULTAD DE FARMACIA UCM

Juan Oliva Moreno
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Silvia Ondategui-Parra
DIRECTORA. UNIDAD DE SALUD Y FARMACIA. ERNST & YOUNG

José Palacios Carvajal
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.
HOSPITAL LA ZARZUELA. MADRID

Santiago Palacios Gil-Antuñano
DIRECTOR. INSTITUTO PALACIOS DE SALUD Y MEDICINA DE LA MUJER

Enrique Palau Beato
DIRECTOR. DESARROLLO ESTRATÉGICO EN SANIDAD. ATOS ORIGIN

Antonio Pellicer Martínez
PRESIDENTE. INSTITUTO VALENCIANO DE INFERTILIDAD

Federico Plaza Piñol
DIRECTOR GENERAL. FUNDACIÓN ASTRAZENECA

Eduard Portella
PRESIDENTE. ANTARES CONSULTING, S.A.

Regina Revilla Pedreira
DIRECTORA DE RELACIONES EXTERNAS. MERCK SHARP & DOHME ESPAÑA

José Manuel Ribera Casado
JEFE DE Sº DE GERIATRÍA.
H. CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID

Ignacio Riesgo González
DIRECTOR DE SANIDAD.
PRICEWATERHOUSECOOPERS

Helena Ris
DIRECTORA GENERAL.
UNIÓ CATALANA D'HOSPITALS

José Antonio Rodríguez Montes
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA. UAM

Germán Rodríguez Somolinos
DIRECTOR DE CIENCIAS DE LA VIDA Y LOS MATERIALES. CDTI

Julián Ruiz Ferrán
SOCIO DIRECTOR. MEDICAL FINDERS

Emilia Sánchez Chamorro
DIREC. DESARROLLO PROFESIONAL Y ESTRATÉGICO. O. H. S. JUAN DE DIOS

Eugeni Sedano i Monasterio
DIRECTOR DE RR.II. LABORATORIOS DR. ESTEVE

José María Segovia de Arana
CATEDRÁTICO EMÉRITO DE PATOLOGÍA MÉDICA. FACULTAD DE MEDICINA. UAM.

Guillermo Sierra Arredondo
VICEPRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO

Javier Subiza Garrido-Lestache
DIRECTOR. CENTRO DE ASMA Y ALERGIA SUBIZA. MADRID

Luis Truchado Velasco
DIRECTOR. EUROGALENUS-EXECUTIVE SEARCH CONSULTANTS

Luis Verde Remeseiro
DIRECTOR. ÁREA SANITARIA DE EL FERROL. A CORUÑA

EXPERTOS

GESTIÓN PROFESIONAL

Luisa Bautista
RESPONSABLE DE GESTIÓN DE PROYECTOS Y CALIDAD. ASISA

Rosa Mª Fernández
DIRECTORA DE ENFERMERÍA Y ADJUNTA A LA DIRECCIÓN. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA

Elisa Herrera Fernández
EXPERTA JURÍDICA EN DERECHO AMBIENTAL

Jose María Martínez García
PRESIDENTE.
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. 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. CIUDAD REAL

Óscar Gil García
GERENTE DE SANIDAD.
PRICEWATERHOUSECOOPERS

ATENCIÓN AL PACIENTE

Vanessa Asenjo
EX DIRECTORA DE CALIDAD Y ATENCIÓN AL PACIENTE.
USP HOSPITALES

Silvia Serrano
GERENTE. ASOCIACIÓN MURCIANA PARA EL CUIDADO DE LA DIABETES

“Ni se compra ni se vende…

Por **JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA**

Ni se compra ni se vende… el cariño verdadero…”

Jamás nuestro admirado cantante Manolo Escobar hubiera podido cantar esta melodía aludiendo a la Sanidad de nuestros días… Realmente no existe ese cariño verdadero y todo se vende y muchas cosas se compran en el sector hospitalario privado y hasta en el público.

Evidentemente este artículo lo voy a dedicar a la Sanidad privada que, a fin de cuentas, supone un 2,5 por ciento del PIB nacional con casi 350.000 puestos de trabajo, 55.000 camas, el 25 por ciento de las urgencias, el 40 por ciento de las intervenciones quirúrgicas y el 30 por ciento de los ingresos hospitalarios sobre el total de todos los acontecimientos nacionales referentes a la salud.

LOS BANCOS SE HAN ENCONTRADO CON UNA CARTERA DE EMPRESAS SANITARIAS QUE NO SUPONEN UN BENEFICIO A CORTO PLAZO Y CUYA GESTIÓN NO ENTIENDEN ADECUADAMENTE

Y en este marco tan grande no hay día que pase sin que se sepa de nuevas adquisiciones, transacciones de clínicas. hospitales o similares que pasan de unas manos a otras y se trocean en acuerdos que, para los que estamos dentro de este mundo desde hace ya muchísimos años, resultan sorprendentes pues los intermediarios (entiéndase bien la palabra como aquellos que actúan en la operación, sin otras connotaciones) son personas que hace poco se han incorporado a esas mismas organizaciones y han declarado su amor a la institución y su deseo de desarrollo propio.

Y es que existe un verdadero clamor de estas operaciones, pues desde un año para acá hemos visto desfilar por este trance a clínicas, hospitales y grupos, algunos de ellos tan emblemáticos como Belén, Teknon, Capio, Adeslas, Hospitén o, el último anuncio, USP.

Esto es diferente a la desamortización de los bancos que, como en el caso de los inmuebles, se han encontrado en situación apurada y con una cartera de empresas sanitarias que no le suponen un beneficio a corto plazo, cuya gestión no entienden adecuadamente y a las que consideran ya un tangible casi muerto. Además, con la crisis y el “sálvese quien pueda” los políticos locales de turno ya no les apoyan para otros fines a cambio de este y, por tanto, no poseen ni siquiera una razón favorecedora de otras causas.

Otros actores que intervienen en esta historia, cada vez con más entusiasmo, son los nuevos inversores externos al sector que, casi lo contrario que los anteriores, ven una oportunidad magnífica de obtener beneficios, bien directos o a través de empresas propias del sector donde operan externalizando servicios importantes que combinarán los pequeños beneficios continuos con los mayores a corto plazo.

O los que solo pretenden ser socios financieros, amparados en el capital-riesgo, para sanear (según ellos) la institución y luego ofrecerla al mejor postor.

También sorprenden, aunque pueda ser una huida hacia adelante, otros grupos que adquieren clínicas en desahucio para incorporarlas a su red y hacer una atención especializada de excelencia. Ojalá sea así y no una forma de estar buscando otro comprador y necesitar este maquillaje.

Y los agentes públicos que, a veces, también “venden” sus beneficios hospitalarios a otros privados en aras de no perder, o al menos mantener, su nivel tecnológico y profesional, mediante una buena gestión, en un difícil equilibrio entre lo tradicional y lo novedoso en sus organizaciones.

Y pese a que aún sobreviven algunos que desean de verdad, al adquirir otras clínicas, traspasarle su filosofía, su ADN, casi ninguno de ellos seguiría la estrofa de la canción “no hay en el mundo dinero para comprar los quereres…”. Y es que, afortunadamente parece que sí lo hay y todavía se confía en la Sanidad… privada. Y que dure.

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

Medical Economics®

Plataforma de Formación Continuada MedicalEconomics.es

Habilidades Clínicas en Patología Osteoarticular en Atención Primaria

Medical Economics

Solicitada acreditación:
Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

Comisión Formación Continuada
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Periodo lectivo: 30 de septiembre-30 de diciembre de 2011

Bloque I: *on-line* 30 de septiembre

- Artrosis
- Artritis reumatoide
- Osteoporosis
- Hiperuricemia y gota
- Fibromialgia

Bloque II: *on-line* 15 de noviembre

- Cervicobraquialgia
- Lumbociatalgia
- Hombro doloroso
- Tenosinovitis
- Anexo (AINE)

INSCRIPCIÓN GRATUITA

Ya puede inscribirse a través de la página web:
fmc.medicaleconomics.es
donde encontrará información adicional sobre este curso

En busca de un destino

Por **FERNANDO MUGARZA**

Es cuando menos curioso ver cómo año tras año, ciclo tras ciclo y equipo gestor tras equipo gestor se va recortando el futuro de un sector como es el de la iniciativa privada en sanidad. Industria farmacéutica, biotecnológica aplicada a la salud humana, industria de tecnología sanitaria, farmacia, distribución, agentes de la sanidad privada, etcétera sufren constantemente los rigores de los ajustes presupuestarios que jalonan el sector en su conjunto desde hace ya décadas.

Al parecer, la sanidad es un elemento clave dentro del denominado estado del bienestar y, según escuchamos, es un área que junto a la de la educación deben ser preservadas a toda costa de los vaivenes financieros. Sin embargo, la realidad es que buena parte del ajuste presupuestario proviene sistemáticamente de "apretar las tuercas" a un sector que provee de salud, bienestar y prosperidad al conjunto de la sociedad.

Alternativas se han planteado, y se siguen planteando, una tras otra por parte de dirigentes, directivos, analistas, expertos y demás. Y si en algo han coincidido de forma casi unánime es en la necesidad de actuar sobre la demanda a la vez que gestionar de forma mucho más eficiente los recursos públicos intra y extramuros.

BUENA PARTE DEL AJUSTE PRESUPUESTARIO PROVIENE SISTEMÁTICAMENTE DE "APRETAR LAS TUERCAS" AL SECTOR SANITARIO

Cuesta entender que el coste por paciente sea mucho más caro en la sanidad pública que en la privada por ejemplo, casi el doble. Aspecto este que, por cierto, también ocurre en la educación, donde el coste por alumno en la enseñanza concertada es, al parecer, la mitad prácticamente de lo que cuesta en la enseñanza pública.

Cuando vemos que entornos como el farmacéutico, el biotecnológico, el de tecnología sanitaria o el de la sanidad privada, por ejemplo, son penalizados de una forma reiterativa, se hace complicado encontrar la racionalidad en el argumento de que es necesario cambiar el modelo económico actual por otro en el que primen la innovación, la I+D y el conocimiento -siempre se ha dicho que por cada puesto en estas áreas se generan ocho adicionales al menos en externalidades y otros sectores paralelos.

La opinión pública no es consciente de las consecuencias de esta dinámica. En primer lugar, el progresivo deterioro en España de estos sectores que tanto aportan al PIB y a la riqueza del país. En segundo lugar, las concatenaciones y consecuencias que surgen por ello en el área de la asistencia sanitaria. Y, en tercer lugar, y no por ello menos importante, la fuga de conocimiento y de profesionales altamente cualificados que se produce a todos los niveles.

Por ejemplo, cuesta entender que un producto farmacéutico que es aprobado con un precio no se le reconozca el derecho a ser actualizado año tras año como ocurre con el resto de bienes, y no solo eso sino que no conforme con ello se le rebaje dicho precio de salida de una forma permanente.

Tampoco es comprensible que los usuarios de la sanidad privada, por el hecho de no utilizar la sanidad pública se vean gravados mediante la no posibilidad de desgravación en el impuesto de la renta de las personas físicas, o no se beneficien de un IVA reducido y que, además, sufran el no reconocimiento de pruebas y prescripciones, teniendo que comenzar la cola desde el principio, consumiendo por partida doble los recursos, si es que quieren ese reconocimiento por parte del sistema público de salud.

El sector sanitario necesita de escenarios previsibles. Precisamente, es la previsibilidad la esencia de su desarrollo y sin ello difícilmente podremos mostrar un perfil de confianza hacia aquellos que tienen en sus manos la decisión de localizar inversiones en España o de deslocalizarlas hacia entornos más favorables y competitivos.

Iniciamos un periodo de grandes incertidumbres financieras, políticas y sociales, veremos y tendremos la oportunidad de apreciar los programas electorales de las diferentes opciones políticas en el terreno de la sanidad. A mi, como ciudadano, me gustaría que se eliminasen los tópicos que llenan y jalonan el discurso de unos y otros, que se reconociese el enorme valor y esfuerzo de la iniciativa privada en la consecución de un estado de bienestar para todos y que se les tuviese muy en cuenta a todos ellos como patrón de un modelo económico de futuro que asienta sus raíces profundamente en el necesario cambio de ciclo sustentado en el conocimiento y la innovación.

El diseño de la mejor sanidad para afrontar los años venideros compete a todos los agentes que interactúan en el sector, no es privativo de nadie, y de cara a conseguir los mejores resultados de salud, que es lo más importante, es necesario contar con el esfuerzo y la implicación consensuada de todos.

Director de Comunicación del Grupo Zeltia y de Desarrollo Corporativo de IDIS. Ex presidente y miembro de honor de Forética.

PROFESIÓN

Avances en el registro nacional de profesionales

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha iniciado el trámite de audiencia del proyecto de Real Decreto por el que se crea y regula el registro nacional de profesionales sanitarios. Este registro, que se integrará en el sistema de información del Sistema Nacional de Salud (SNS), pretende convertirse en un instrumento nuclear de información y planificación de los recursos humanos en el ámbito sanitario.

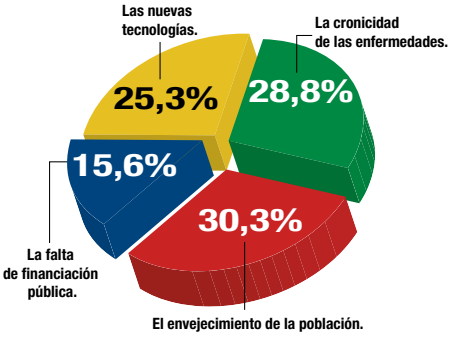
El proyecto nace con diferentes funciones, entre ellas las de tener registrados a los profesionales sanitarios incluidos en su ámbito; y suministrar a los órganos competentes de la Administración sanitaria los datos que figuren en él para la planificación y gestión de los recursos humanos, de manera directa, o previo tratamiento estadístico de los datos.

La implantación del registro nacional de profesionales sanitarios se realizará en el plazo de seis meses contados a partir de la entrada en vigor del real decreto.

ENCUESTA

¿CUÁL ES EL FACTOR QUE MÁS MARCARÁ EL FUTURO DE LA SANIDAD EUROPEA?

Las opiniones de los encuestados están bastante igualadas respecto a cuáles serán los factores determinantes del futuro de la Sanidad europea, aunque curiosamente solo un 15,6 por ciento, la minoría de ellos, creen que el factor más decisivo será la falta de financiación pública. La opción más votada con un 30,3 por ciento ha sido el envejecimiento de la población seguida de cerca por la cronicidad de las enfermedades (28,8 por ciento), un tema directamente vinculado con el anterior. Para el 25,3 por ciento de los participantes en la encuesta el factor que más marcará el futuro sanitario europeo serán las nuevas tecnologías.



FINANZAS

LOS SUELDOS MÉDICOS ESPAÑOLES, POR DEBAJO DE LA MEDIA

La Federación Europea de Médicos Asalariados (FEMS) ha realizado un estudio comparativo de los sueldos de los médicos de hospital europeos, según el cual los salarios españoles se sitúan muy por detrás de los del resto de Europa. En el citado estudio se comparan los salarios brutos de los médicos de hospital y la paridad del poder adquisitivo en los diferentes países europeos. Entre sus conclusiones se indica que, en algunos casos, los salarios mínimos de los médicos son equivalentes al salario medio nacional; en Bélgica, Dinamarca, Italia, Países Bajos y Eslovaquia, el salario mínimo de los médicos es superior a la media salarial; en Austria, Irlanda, Portugal, Rumanía, España, Suecia y Reino Unido, el salario mínimo de los médicos se sitúa entre el salario medio y el máximo, en algunos casos el salario máximo del médico es igual (Grecia y Malta) o incluso inferior (República Checa y Hungría) que el salario medio oficial.

COLEGIOS

LA OMC REFUERZA SU PRESENCIA EN EUROPA

Los máximos representantes de los Consejos de Colegios de Médicos de España, Francia, Italia y Portugal se reunieron el pasado 23 de septiembre en la sede del Consejo Nacional de la Orden de Médicos de Francia, en París, para la firma de un acuerdo para la creación de una secretaría conjunta en Bruselas que empezará a funcionar a partir del próximo 1 de octubre.

El objetivo es reforzar su representación ante las instituciones de la Unión Europea, compartir aquellas acciones políticas que decidan emprender y facilitar el intercambio de información entre estas organizaciones.

En la reunión participaron, por parte de España, el presidente de la Organización Médica Colegial, Juan José Rodríguez Sendín; Michel Legman, presidente del Consejo Nacional de la Orden de Médicos de Francia; el presidente de la Federación Nacional de Médicos Cirujanos y Odontólogos de Italia, Amedeo Bianco; y el presidente de la Orden de Médicos de Portugal, Pedro Silva.

Como continuación a esta reunión se celebró, también en París, el encuentro de otoño del GIPEF, un Grupo de Estudio y Reflexión de Problemas de la Profesión Médica integrado por corporaciones médicas de países del área mediterránea, a la que España pertenece desde 1978. Su campo de actuación está centrado, sobre todo, en temas de formación, deontología médica y demografía médica, entre otros.

BIOMEDICINA

ALIANZA POR LA INVESTIGACIÓN

A finales del pasado mes tuvo lugar la firma de la carta fundacional de ALINNSA (Alianza por la Investigación y la Innovación en la Salud), un nuevo instrumento que pretende contribuir a la definición de una estrategia nacional en materia de investigación e innovación biomédica que involucre a todas las administraciones y al sector privado. Además, reforzará la visibilidad internacional de esta área fijando una posición común para España ante cada uno de los retos globales que afronta en esta materia.

Entre los firmantes de la carta se encuentran ASEBIO, FENIN, Lilly España, PharmaMar y la Unidad de eHealth Global de Telefónica, entre otras. Las actividades de la Alianza estarán coordinadas por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), organismo público de investigación dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación.

OJO AL DATO / FORMACIÓN

8.264 plazas de formación sanitaria especializada ha convocado el SNS

Respecto a la convocatoria del año anterior esta cifra supone un incremento del **0,2%**

6.707 de esas plazas estás destinadas a médicos de diferentes especialidades

Eso supone un descenso en las plazas destinadas a médicos del **2,54%**

Fuente: Boletín Oficial del Estado.

Por **RAMÓN MORERA I CASTELL**

Impacto tecnológico en los servicios de salud

Los avances en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) están transformando el sistema sanitario y cambiando la relación de los servicios de salud con la población. Las posibilidades que la larga lista de nuevas tecnologías ofrece generan nuevos marcos de relación y nuevas oportunidades que debemos ir aprovechando.

Buena parte del conjunto de la sociedad incorpora día a día nuevas opciones tecnológicas a su vida diaria, especialmente los más jóvenes. Cada vez más, los pacientes utilizan Internet para informarse sobre cuestiones de salud. Buscar informaciones es, sin duda, la actividad más común (el 50 por ciento de los españoles consulta en la red sus dolencias) pero también los pacientes buscan apoyo a través de la red. A este fenómeno social poco a poco van incorporándose nuevas iniciativas en el ámbito de la salud que hay que seguir, evaluar y extender.

Desde el teléfono móvil, del que dispone prácticamente la totalidad de la población, teléfonos que diariamente incorporan nuevas opciones y servicios, hasta las redes sociales o las web con filosofía 2.0, forman parte de estas nuevas oportunidades; y, en otra dimensión, lo hace también la historia clínica electrónica y su inmensa potencialidad en relación a los procesos asistenciales.

En este ámbito, la Atención Primaria, como servicio de salud más próximo a la comunidad, está incorporando nuevas estrategias y experiencias con el apoyo de las tecnologías que son enormemente remarcables, además de hacerlo, habitualmente, con costes asumibles.

EL *NETWORKING*, QUE SIGNIFICA PENSAR, COMUNICARSE Y ACTUAR CONJUNTAMENTE COMPARTIENDO OBJETIVOS, PUEDE SER MÁS FÁCIL CON EL APOYO DE LAS TIC

Las iniciativas de salud comunitaria que, a mi entender, conservan toda su vigencia, adquieren un nuevo potencial con el apoyo de las TIC, principalmente por el aumento de la efectividad de sus acciones y la facilidad de coordinación entre los agentes de salud. La implantación de proyectos de salud en una comunidad requiere el trabajo en red de los distintos agentes de salud y la implicación de agentes sociales. El *networking*, que significa pensar, comunicarse y actuar conjuntamente compartiendo objetivos, puede ser más fácil con el apoyo de las TIC.

Proyectos de salud comunitaria como las iniciativas para luchar contra el tabaco o difundir los hábitos saludables y luchar contra el sobrepeso u obesidad infantil o compartir proyectos de salud con los adolescentes, pueden potenciarse con el apoyo de las TIC.

REDES Y COMUNICACIÓN

En lo que respecta a las redes sociales virtuales, estas se han incorporado plenamente en nuestro día a día, pero las experiencias en el ámbito de la salud son limitadas. Desarrollos como Facebook para difundir, compartir o debatir temas de salud aún son ocasionales, pero su potencial es enorme. Las redes sociales de pacientes son espacios virtuales donde pacientes con condiciones similares se ponen en contacto y comparten tratamientos y

Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

problemas de salud. Si bien existe poca evidencia de los resultados en salud en términos objetivos, sí se destaca un impacto claro en términos subjetivos en la medida en que contribuyen al empoderamiento y facilitan la autonomía de los pacientes que participan en ellas. La más paradigmática es *Patientslikeme*, con cerca de 120.000 pacientes.

Resulta conveniente analizar cómo los jóvenes se comunican mediante aplicaciones como Messenger o Facebook para mejorar su relación con el centro de salud. Twitter está experimentando un enorme éxito, como nueva vía de comunicación, y día a día son más los profesionales que la han incorporado a su rutina. Su potencial es enorme y su simplicidad la hace viable para todos los que tengan acceso a Internet.

Las redes permiten colaborar, participar, cooperar para crear contenidos compartidos y representan la llamada "sabiduría de la multitud".

La filosofía 2.0 abre una nueva forma de entender y utilizar la red, donde el usuario participa y puede generar contenidos. Las web 2.0 ofrecen la posibilidad de interactuar, informar, ofrecer servicios *on line*, facilitar la participación, etcétera. También abren la posibilidad de generar contactos asincrónicos entre los pacientes y los servicios de salud, simplificar los procesos administrativos o generar debates.

LAS REDES NOS PERMITEN COLABORAR, PARTICIPAR, COOPERAR PARA CREAR CONTENIDOS COMPARTIDOS Y REPRESENTAN LA LLAMADA "SABIDURÍA DE LA MULTITUD"

COMUNICAR EN SALUD

El reto se encuentra ahora en llevar a la práctica todos estos conceptos para mejorar las acciones de salud comunitaria. En este sentido, una experiencia en desarrollo de la aplicación de estos conceptos en el ámbito de la salud comunitaria es la que estamos realizando en Castelldefels, dentro del espacio www.CastelldefelSalut.cat.

La gran asignatura pendiente de los servicios de salud es trabajar de forma integrada entre distintos servicios y distintos niveles para dar respuesta a las necesidades de los pacientes. La historia clínica electrónica (HCE) y las distintas experiencias para compartir información entre niveles son uno de los avances más sustanciosos de nuestros sistema sanitario, pero infrautilizado. El proceso de digitalización de la información sanitaria y las posibilidades de la interoperabilidad de la HCE y las nuevas tecnologías de la comunicación tienen que facilitar la implantación de modelos de atención integrada.

El siguiente paso es facilitar a los ciudadanos el acceso a su información sanitaria. En este sentido, hay sólidas experiencias en algunos países nórdicos y aún tímidas experiencias en algunas comunidades. Que los ciudadanos puedan consultar su información clínica en cualquier momento y lugar, y sin la intermediación de un profesional sanitario, cambia las reglas del juego. Y los profesionales de la salud debemos adaptarnos.

Otra enorme oportunidad tecnológica es la facilidad de desarrollar comunidades de práctica profesional, cuya función es compartir conocimiento y colaborar en proyectos entre profesionales.

Los profesionales de la salud permanentemente tenemos el reto de mantener nuestras competencias profesionales al día. Pero se nos han añadido nuevos retos: seguir implicándonos en los avances tecnológicos que están transformando la realidad social y están reinventando los servicios de salud, creando nuevas oportunidades y aplicaciones, y adaptarse a las nuevas relaciones médico-paciente, con pacientes cada día más "conectados" y empoderados.

Sección patrocinada por:

Almirall
Soluciones pensando en ti

Médico de familia de Castelldefels. Miembro de la Junta Directiva de la SEDAP. Miembro de B·Salut. Editor de RISAI.

Por **ÁNGEL SANZ GRANDA**

Aspectos farmacoeconómicos

La farmacoeconomía, según su definición original (Towsend, 1987) es "la descripción y análisis de costes del tratamiento con fármacos a los sistemas de salud y a la sociedad". Partiendo de esta base se podría comenzar este tema diciendo que el coste global de las enfermedades mentales es elevado, habiéndose estimado recientemente en España (*Oliva et al*, 2009) en 7.019 millones de euros para 2002. En un primer análisis del dato global, dividiremos esta cifra en tres grandes grupos: los costes directos sanitarios, 39,6 por ciento del total; los costes directos no sanitarios, 17,7 por ciento; y los costes de reducción de la productividad, 42,7 por ciento. Llama inicialmente la atención que el 60,4 por ciento del coste total se deba a costes asociados con el cuidado informal (1,24 millones de euros) y con la reducción de la productividad laboral (2.997 millones de euros), quedando solo 2.771 millones en el subapartado de costes sanitarios directos.

Los costes sanitarios directos se calcularon desde la perspectiva del sistema nacional de salud, es decir, atribuyendo solo los recursos sanitarios que corren a cargo de tal organismo. Así pues, en este subapartado se incluyen los recursos sanitarios asociados con el manejo del paciente en el ámbito de la atención ambulatoria y de la hospitalaria. Finalmente, y para centrarnos en el objetivo de este artículo, la cantidad atribuible a los tratamientos farmacológicos fue del 15,5 por ciento del total de gastos, equivalente a 1.086 millones de euros. Pero la verdadera cuestión en este tema no debería ser si esta cifra es elevada o no. La esencia del problema en el análisis de los aspectos farmacoeconómicos de los tratamientos farmacológicos para las enfermedades mentales radica en la investigación del uso racional de dichos medicamentos, debiendo responder a la pregunta ¿la cifra citada es adecuada o no lo es?

EL 60,4 POR CIENTO DEL COSTE TOTAL SE DEBE A COSTES ASOCIADOS CON EL CUIDADO INFORMAL Y CON LA REDUCCIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD LABORAL

LA DEPRESIÓN

Los datos de España del estudio ESEMeD (Haro *et al.*, 2006) muestran a la depresión como el trastorno mental de mayor prevalencia-vida (10,55 por ciento *vs.* 19,46 por ciento para cualquier trastorno mental), por lo que centraremos este breve análisis en la depresión. La importancia relativa del trastorno explica que los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se situaran en el octavo puesto de consumo en 2009 (Ministerio de Sanidad, 2010) alcanzando la cifra de 343 millones de euros.

Ahora bien, un determinante del coste farmacológico en la depresión es la severidad del trastorno. Un estudio de costes en la depresión, efectuado en Atención Primaria (Sobocki *et al.*, 2007), mostró una relación directa entre costes y nivel de gravedad, estimando que el coste farmacológico asociado a un episodio de depresión grave era del 150 por ciento del correspondiente a uno de nivel leve. A la vista de este dato, parece obvio pensar que las estrategias principales en el manejo de la depresión deberían estar dirigidas a alcanzar la remisión del proceso, evitando la progresión del paciente hacia estados de mayor gravedad del trastorno, lo que repercutiría muy positivamente no solo en la mejora de la calidad de vida de la persona sino también en la reducción del coste farmacológico asociado. Una forma de conseguir dicho objetivo es mediante la instauración precoz de un tratamiento adecuado; sin embargo, el estudio LIDO (Simon *et al.*, 2004) mostró que este aspecto no estaba optimizado.

Un aspecto que afecta notablemente a la consecución de la remisión es la no adecuación de la dosis o de la duración del tratamiento antidepresivo, acorde con las recomendaciones clínicas existentes. La administración de dosis menores o durante tiempos insuficientes se ha mostrado como un hecho que dificulta seriamente la consecución de la remisión, aumentando sus costes. En este caso, el coste de los tratamientos farmacológicos sufre unos muy importantes incrementos. El estudio STAR*D

(Rush *et al*., 2006) mostraba cómo se reducía la probabilidad de remisión en el paciente a medida que se instauraban nuevos tratamientos consecutivos. Ello se tradujo en una reducida tasa de remisión global, obteniéndose finalmente en dicho estado solo una tercera parte de los pacientes que iniciaron el tratamiento. Un estudio de costes asociados al manejo del paciente depresivo, en función de la consecución o no de la remisión (Sobocki *et al*., 2006) mostraba que el coste asociado al manejo de estos últimos se incrementaba hasta el 163 por ciento del correspondiente a los que obtenían la remisión del trastorno. En base a estos estudios, el autor enfatizaba en este aspecto, titulando su análisis con la sugerente frase *The misión is remission*.

AUNQUE EL PACIENTE PRESENTE UN ELEVADO CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS, EL COSTE DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS NO CONSTITUYE EL DETERMINANTE DEL COSTE DE LA DEPRESIÓN

CONCLUSIÓN

Otros aspectos, como la exploración de las preferencias del paciente, la continuación del tratamiento tras la respuesta a la fase aguda, la consecución rápida de una mejoría clínica o la no necesidad de modificar la pauta terapéutica inicial, se han mostrado como determinantes significativos del coste asociado a los tratamientos farmacológicos antidepresivos.

Por todo ello, es preciso tener en cuenta que, aunque el paciente presente un elevado consumo de recursos sanitarios, el coste de los tratamientos farmacológicos no constituye el determinante del coste de la depresión y que dicho coste se asocia principalmente a la instauración precoz de un tratamiento en consonancia con las recomendaciones clínicas existentes y observando atentamente la percepción del paciente para maximizar su cumplimiento y obtener así una rápida consecución de la remisión.

Para más información:

Towsend J. Postmarketing drug research and development. *Drug Intell Clin Pharm*. 2987;21:134-6.

Oliva J, López Bastida J, Montejo A, Osuna R, y Duque B. The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *Eur J Health Econ*. 2009;10(4);361-9.

Haro J, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin* (Barc). 2006;126(12):445-51.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subgrupos ATC y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2009. IT Sist Nac Salud. 2010;34(3):89-92.

Sobocki P, Ekman M, Agren H, Krakan I, Runeson B, Martensonn B et al. Resource use and cost associated with patients treated for depression in primary care. *Eur J Health Econ*. 2007;8:67-76.

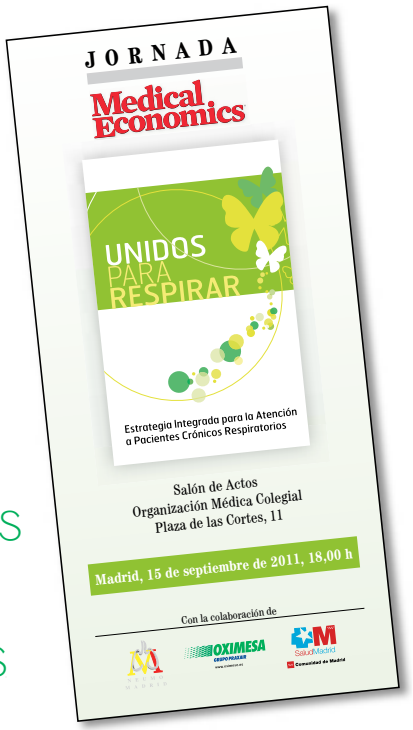
Simon G, Fleck M, Lucas R, Bushnell D, LIDO Group. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry*. 2004;161(9):1626-34.

Rush A, Trivedi M, Wisniewski S, Nierenberg A, Stewart J, Warden D et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1905-17.

Sobocki P, Ekman M, Agren H, Runeson B, Jönsson B. The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *Int J Clin Pract*. 2006;60(7):791-8.

Consultor independiente de Farmacoeconomía. Para contactar: a.sanzgranda@terra.es

Una visión integral de las enfermedades respiratorias



LA ALTA PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS HACE DE ELLAS UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, QUE EXIGE UN REPLANTEAMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS A SEGUIR PARA ENCARARLAS.

El éxito del sistema será el trabajo de todos unidos". Así de convencido se mostraba Carlos Velasco, director general de Oximesa Praxair, acerca de cuál debe de ser la actitud frente a las enfermedades respiratorias, durante la presentación de la guía *Unidos para respirar. Estrategia Integrada para la Atención a Pacientes Crónicos Respiratorios*. La guía fue presentada en una jornada organizada por *Medical Economics*, con la colaboración de Oximesa, Neumomadrid y la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

El acto contó con la presencia de Elena Juárez Peláez, directora General de Atención al Paciente de la Comunidad de Madrid; el citado Carlos Velasco Iglesias, director General de Oximesa; Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; Salvador Díaz Lobato, médico del Servicio de Neumología del Hospital Universitario Ramón y Cajal; José Miguel Rodríguez González-Moro, presidente de Neumomadrid; y Rafael García Gutiérrez, director General de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP).

Elena Juárez, que inauguró la sesión, destacó la prevalencia de estas enfermedades en la Comunidad de Madrid y ofreció datos concretos señalando que "en 2010 se llevaron a cabo en los hospitales públicos madrileños 3.400 intervenciones quirúrgicas y 49

Carlos Velasco (Oximesa), José Miguel Rodríguez (Neumomadrid), Elena Juárez (Consejería Sanidad CAM) y Manuel García Abad *(Medical Economics)*.

Salvador Díaz Lobato (H.U. Ramón y Cajal) y Rafael Díaz Gutiérrez (ANEFP) participaron en la segunda mesa redonda de la jornada.

trasplantes de pulmón. En lo que respecta a consultas, la patología respiratoria supuso 3,6 millones de visitas a Atención Primaria, 280.000 consultas externas y 92.000 altas hospitalarias".

Carlos Velasco, por su parte, hizo hincapié en la importancia de que todos los implicados en el tratamiento de estas enfermedades se coordinen para combatirlas, necesidad que ha motivado la publicación de la guía, y señaló que "las empresas creamos riqueza ofreciendo servicios y productos de calidad y apoyando el avance tecnológico en un marco sostenible y perdurable". "Este es el motor que impulsa a nuestra compañía", remarcó.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

En el transcurso de la jornada se analizaron las dos tendencias predominantes en la gestión de enfermedades respiratorias: atender al enfermo respiratorio crónico en su propio domicilio y facilitarle en la medida de lo posible la realización normal de su vida diaria.

Salvador Díaz Lobato expuso los beneficios de las terapias respiratorias domiciliarias (TRD) explicando que se trata del sector con el mayor número de pacientes domiciliarios atendidos en España y que implica una actividad intensiva en capital humano cualificado que dan soporte al sistema sanitario público en la atención de pacientes crónicos respiratorios, tanto a domicilio como en los centros especializados.

Tradicionalmente, las empresas del sector de las TRD han desempeñado una labor de soporte al enfermo dependiente de terapia especializada sin la cual sería imposible un funcionamiento al margen del hospital y los centros asistenciales (oxigenoterapia, ventilación, aerosolterapia). A ello hay que sumar que las TRD suponen una considerable reducción del coste por usuario y día, reduciendo la frecuentación, hospitalización y consulta presencial tanto en Atención Primaria como en atención especializada. Un hecho que se aprecia en toda su extensión si se tiene en cuenta que actualmente existen en España unos 500 mil pacientes asociados a las terapias respiratorias.

Alberto Pardo (Consejería de Sanidad CAM), Salvador Díaz Lobato (H.U. Ramón y Cajal), Carlos Velasco y Victoria Ayala (Oximesa) momentos antes de iniciarse la sesión.

Díaz Lobato hizo referencia durante su presentación al reciente *Estudio sobre la eficacia y los beneficios de las terapias respiratorias domiciliarias* realizado por PWCy FENIN. El estudio es concluyente respecto a que un incremento de la tasa de tratamiento de TRD en un 20 por ciento supondría un ahorro al sistema sanitario de 84.000 millones de euros.

Por su parte, José Miguel Rodríguez González-Moro centró su intervención en el compromiso de los especialistas, mientras que Rafael García Gutiérrez aportó la visión del paciente.

En líneas generales, todos los ponentes coincidieron en concluir que el adecuado uso de las TRD, un seguimiento coste-efectivo de los pacientes tratados, el uso evidenciado de la innovación tecnológica disponible bajo el criterio de los expertos clínicos y la participación activa y responsable de los pacientes y cuidadores son la fórmula para un correcto control y seguimiento sostenible de los pacientes crónicos respiratorios y pacientes crónicos en general.

PRINCIPALES TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

- **Tratamiento ventilatorio del síndrome de apnea del sueño a domicilio (CPAP/BiPAP S).** Es el suministro de aire, a presión continua positiva prefijada, durante el sueño y en su domicilio a pacientes con este síndrome.
- **Oxigenoterapia crónica a domicilio (OCD).** Administración de oxígeno en el domicilio a pacientes estables en situación de insuficiencia respiratoria crónica.
- **Ventilación mecánica a domicilio.** Técnica destinada al tratamiento domiciliario de la insuficiencia respiratoria crónica en pacientes estables que requieren soporte ventilatorio parcial o total.
- **Aerosolterapia.** Es la administración de fármacos por vía inhalatoria mediante el uso de aerosoles, entendiendo por aerosol una suspensión de partículas finísimas sólidas o líquidas en un gas. No se consideran incluidos en esta prestación los aerosoles y cámaras espaciadoras de inhalación regulados como prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

Estas técnicas están en constante actualización, en este sentido probablemente la orden más reciente sea la publicada en el Boletín Oficial de Cataluña del 22 de enero del 2008, en que añaden otras tipologías como el sistema mecánico de aclaración mucociliar a domicilio y el sistema mecánico de eliminación de secreciones bronquiales a domicilio.

Manuel Bayona, gerente de Atención Primaria de Costa del Sol y presidente del Comité Organizador del Congreso de Sedap

"La práctica del gestor de AP se asemeja a la gestión de la economía doméstica"

Málaga acogerá entre el 26 y el 28 de octubre la celebración del XIV Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.

PREGUNTA. ¿Qué novedades presenta el Congreso de SEDAP?

RESPUESTA. Hemos querido hacer un congreso cercano, pensando en que todo esté al alcance de la mano: los eventos se llevarán a cabo en el centro de la ciudad, con una gran accesibilidad en cuanto a comunicaciones, y facilitando en todo momento la posibilidad de compartir conocimiento y momentos de ocio, con la posibilidad de aprender de los mejores, descubrir experiencias de éxito e identificar evidencias que nos ayuden a mejorar en nuestro entorno de trabajo.

También hemos querido incorporar en el programa científico a la Universidad y al mundo de la empresa, porque la formación orientada a la empresa y a las necesidades de un mundo cambiante exigen una preparación que responda a las claves de desarrollo que la sociedad demanda, compartiendo claves de la gestión con directivos ajenos al sector sanitario y aplicando un ejercicio constante de creatividad y aprendizaje.

P. El lema del Congreso es "Dirección basada en la evidencia", ¿cómo describiría ese tipo de gestión?

R. No es más que la toma de decisiones basada en hechos que han demostrado buenos resultados, y obedece a la necesidad de adoptar la mejor evidencia disponible para tomar las mejores decisiones posibles.

P. ¿Cuáles son las peculiaridades de un gestor de Atención Primaria?

R. La práctica del gestor de AP guarda cierta semejanza con la gestión de la economía doméstica. En primer lugar por la cercanía entre las unidades clínicas y sus equipos de profesionales, y en segundo lugar por el ajuste permanente, en el día a día, entre la oferta de servicios para responder a la demanda y la gestión eficiente del presupuesto.

La cercanía entre dirección y los equipos de AP te permite conocerles muy bien, que exista comunicación bidireccional y mucha participación activa. Por otra parte, AP tiene experiencia en asumir retos de manera permanente, desde la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, a planes de calidad y desarrollo de nuevos modelos organizativos, y ello con un presupuesto austero y un alto grado de compromiso con la salud de la ciudadanía y con la propia sociedad.

"GESTIONAR EL DÍA A DÍA CON RIGOR Y BUSCANDO LA MÁXIMA EFICIENCIA, OTORGA VALOR A LA SANIDAD"

P. ¿Qué es lo que más preocupa al médico de Atención Primaria actualmente?

R. El médico de AP siempre se ha caracterizado por su alto componente vocacional. Es un profesional con una gran capacidad de entrega a su trabajo, preocupado por la calidad de su trabajo, pero sin que esta sea solo a costa de su esfuerzo personal. La especialidad de medicina de familia ha fortalecido una profesión de base humanista. Ahora tenemos que favorecer que la investigación se extienda en el primer nivel asistencial.

P. El uso de las TIC en sanidad fue uno de los protagonistas del pasado Congreso, ¿se han confirmado las tendencias que se señalaron como emergentes en la pasada reunión?

R. El uso de las TIC en AP ya es una realidad: la historia clínica digital, la receta electrónica o la gestión de citas *on line* están extendidas en la mayoría del territorio nacional y, de hecho, España está liderando la coordinación de políticas de salud digital en la UE.

P. Copago, gestión público-privada, sostenibilidad, eficiencia... parece que la sanidad se está llenando de términos cuantitativos, ¿es eso compatible con una medicina de calidad centrada en el paciente?

R. Tiene que serlo, precisamente porque la medicina de calidad tiene que estar centrada en el paciente, es por lo que tenemos que ir adaptándonos a los cambios que el paciente de manera individual, y la sociedad en su conjunto, experimentan. La esperanza de vida al nacer aumenta cada año, y la cronicidad es un reto que tenemos que asumir y gestionar adecuadamente desde ya. Muchos expertos hablan de la sostenibilidad como un mito, pero nuestra realidad nos dice que gestionar el día a día con rigor y buscando la máxima eficiencia, otorga valor a la sanidad y nos allana el camino para que la buena sanidad que ahora tenemos, siga siendo posible en el futuro.

P. Se está reflexionando mucho sobre la gestión sanitaria en España, ¿se atreve a dibujar el horizonte sanitario español a medio-largo plazo?

R. Me considero optimista respecto al horizonte del sistema sanitario español a medio y largo plazo. Goza de un gran prestigio y reconocimiento social, aporta valor a la sociedad y tendremos que seguir mejorando en el compromiso por la calidad y la eficiencia para adaptarnos a los retos futuros y que así siga siendo.

DOSSIER: LA SANIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID

EDICIÓN ESPAÑOLA

Medical Economics®

7 DE OCTUBRE DE 2011

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es

- Fórmulas innovadoras de gestión
- Vanguardia en I+D biomédica
- Área única y libre elección
- Tecnología: un puente hacia la salud en el hogar

Sumario

20 **Una Sanidad de libre elección**

24 **"No habrá recortes en la sanidad madrileña"**
Javier Fernández-Lasquetty y Blanc, consejero de Sanidad

26 **"Las TIC están plenamente incorporadas a la sanidad madrileña"**
Patricia Flores Cerdán, viceconsejera de Asistencia Sanitaria

28 **"Se está potenciando la calidad asistencial"**
Antonio Alemany López, director general de Atención Primaria

29 **"Queremos potenciar el uso de fármacos genéricos"**
Pedro Llorente Cachorro, director general de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos

30 **Fórmulas innovadores de gestión**

32 **Colaboración público-privada: las dos partes de un todo**

34 **"La medicina privada ofrece sanidad de alta calidad"**
Juan Abarca Cidón, secretario general del IDIS

36 **Hospital de Moncloa: Bienvenidos al hospital tecnológico**

37 **HM Hospitales: Gestión con perspectiva médica**

38 **Protagonista la *eSalud***

40 **GE Healthcare: Tecnología centrada en el paciente**

43 **Oximesa: Especialistas en terapia a domicilio**

44 **Fundosa: "Para nuestras empresas el sector sociosanitario es fundamental"**

45 **Carestream: "Queremos ayudar a nuestros clientes a ofrecer un servicio inmejorable"**

46 **A la vanguardia de la I+D biomédica**

48 **PharmaMar: "Industria y sector sanitario están condenados a entenderse"**

49 **Una red para el conocimiento**

MEDICAL ECONOMICS no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados. Asimismo, se reserva el derecho a adaptar y resumir el contenido de las cartas recibidas de los lectores.

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.

Medical Economics

EDITORIAL

EDITOR Manuel García Abad

DIRECTORES ASOCIADOS José María Martínez García, Gonzalo San Segundo Prieto

COORDINADOR EDITORIAL Enrique González Morales

REDACCIÓN Almudena Caballero Díaz
medeconomics@spaeditores.com

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz, Carolina Vicent

PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

BARCELONA Salvador Tugues
stugues@drugfarma.com

ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo
91 500 20 88

SUSCRIPCIONES

Manuel Jurado
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

S.P.A.
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Antonio López, 249-1.º Edificio 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

CIOCC

Centro Integral Oncológico Clara Campal

La lucha contra el cáncer con todos los medios tecnológicos posibles, y ahora incluimos la cirugía robótica con el robot Da Vinci

El CIOCC está dirigido por el Prof. Dr. D. Manuel Hidalgo Medina, que es el único especialista español que ha desarrollado un programa de investigación oncológica en el centro Johns Hopkins (Baltimore), hospital que ha sido elegido durante 21 años consecutivos el mejor de Estados Unidos

Seguimos abriendo caminos

HOSPITAL UNIVERSITARIO MADRID
Tlf. 91 447 66 00

HOSPITAL UNIVERSITARIO MONTEPRÍNCIPE
Tlf. 91 708 99 00

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRELODONES
Tlf. 91 267 50 00

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANCHINARRO
Tlf. 91 756 78 00

HOSPITAL NUEVO BELÉN
Tlf. 91 744 41 00

CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO CLARA CAMPAL (CIOCC)
Tlf. 902 107 469

HOSPITALES

Empresa certificada:

www.hospitaldemadrid.com

Una Sanidad de libre elección

LA LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO, ENFERMERA Y HOSPITAL, EL ÁREA ÚNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA, EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN PRIVADA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS Y EL LIDERAZGO DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA SON LAS PRINCIPALES SEÑAS DE IDENTIDAD DE LA SANIDAD MADRILEÑA.

Madrid es la primera comunidad autónoma de España que permite a sus ciudadanos elegir libremente médico, pediatra y enfermera en el ámbito de la Atención Primaria, y hospital en la atención especializada. Todo ello dentro de un área única que abarca toda la región. Quedan exentas de este derecho la atención domiciliaria y las urgencias.

La libre elección, según el consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, se sustenta "en los principios de libertad, competencia, eficiencia y transparencia". La mayoría de los sectores sanitarios profesionales madrileños refrendan este derecho como parte consustancial del derecho a la protección de la salud. Desde el inicio de su implantación, en octubre del año pasado, 253.000 madrileños han cambiado de médico o de enfermera en Atención Primaria; y el paciente ha escogido un hospital diferente al que tenía asignado en el 7,6 por ciento de las citas que se dieron para la atención especializada. Cifras que, según Fernández-Lasquetty, "fortalecen la relación médico-paciente".

Para que los ciudadanos ejercieran el derecho de libre elección, la Comunidad de Madrid creó el área única en toda la región, de modo que cualquier madrileño pudiera optar por un profesional sanitario u hospital en cualquier lugar del territorio. El alcance de esta medida, con algunos flecos por resolver, es más bien de carácter administrativo y de gestión, que no afecta, o no debiera afectar, a la asistencia sanitaria.

APOYO TECNOLÓGICO

También la sanidad madrileña tiene flecos importantes por rematar en materia de tecnologías de la información y comunicación (TIC). Uno de ellos es la implantación de la receta electrónica, que se halla en un estado incipiente, ya que su desarrollo está previsto para la presente legislatura. Sin embargo, la implantación de la historia clínica electrónica (HCE), iniciada en 2007, se encuentra muy avanzada.

En la Comunidad de Madrid, la HCE es de carácter único en el marco de la Atención Primaria y se enmarca dentro del proyecto AP-Madrid, un sistema propiedad de la Consejería de Sanidad y en la actualidad uno de sus proyectos de máxima prioridad, en el que se pasa de un modelo distribuido a un modelo centralizado basado en tecnología web, facilitando la labor del profesional y la continuidad asistencial.

La HCE madrileña, soportada por el proyecto HORUS y con proyección hospitalaria, se ha incorporado a la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (SNS), de tal manera que Madrid ya está en disposición de compartir historias clínicas con otras comunidades

autónomas. Cuando un paciente de otra región requiera asistencia sanitaria en la comunidad madrileña, "nuestros médicos podrán acceder a datos relevantes de su historia clínica", explica la directora general de Sistemas de Información Sanitaria del Sermas, Zaida Sampedro. Un sistema del que también disponen Valencia, Baleares y La Rioja. Esta iniciativa sienta las bases de la futura integración de la Comunidad de Madrid en la HCE que, con un alcance europeo, hará posible el proyecto epSOS (*European Pacient Smart Open Services*).

Dentro de las TIC, la telemedicina toma cuerpo en proyectos y áreas concretas, como la imagen cardiovascular, implantada en la Unidad Central de Cardiología del Hospital Carlos III; y pruebas y análisis de pacientes cardiológicos implementadas en todos los centros sanitarios. Además, existen aplicaciones en teledermatología, donde la HCE se integra en Atención Primaria y hospitales.

En cuanto a equipamiento tecnológico, Madrid es la comunidad con mayor número de resonancias magnéticas, en concreto 38; la segunda en número de TAC (56) y dispone del mayor número de aceleradores lineales de toda España.

INNOVACIÓN EN GESTIÓN

Siguiendo en el ámbito hospitalario público, la Comunidad de Madrid ha apostado de forma decidida por la gestión privada. Introducida esta por primera vez en el Hospital de Valdemoro, en estos momentos hay otros nueve hospitales con gestión privada y dos más que se incorporarán próximamente. A esto hay que añadir el Laboratorio Central de Análisis Clínicos, ubicado en el Hospital Infanta Sofía que, con 217 profesionales, da servicio a media docena de hospitales y sus áreas de Atención Primaria.

Otra apuesta fuerte es la investigación biomédica. En menos de dos años, Madrid ha conseguido acreditar a cinco institutos de investigación sanitaria en los hospitales universitarios de La Paz, La Princesa, 12 de Octubre, Ramón y Cajal y Fundación Jiménez Díaz, a los que próximamente se unirán los de Gregorio Marañón y Clínico San Carlos. Un par de datos que dan idea de la dimensión de la I+D sanitaria en la Comunidad de Madrid: el año pasado se iniciaron más de 600 nuevos proyectos de investigación y se firmaron más de 900 nuevos contratos de ensayos clínicos en los que participan más de 1.200 profesionales sanitarios.

Junto a la investigación biomédica se alinea la biotecnología, sector en el que 400 empresas generan 24.000 puestos de trabajo directos y producen el 31 por ciento de las publicaciones biomédicas y en ciencias de la Salud. Todas esas empresas conforman el *Cluster* de Biotecnología, que inició sus actividades en septiembre de 2007.

Paralelamente, se creó el *Cluster* Madrid Plataforma para la Salud y el Bienestar, donde se agrupan las principales empresas innovadoras del sector de la Salud con actividad en la Comunidad de Madrid, centros de investigación, empresas de servicios, Administración y grupos de usuarios. Todos con un objetivo común: impulsar la excelencia empresarial.

En este *cluster* están presentes los subsectores de biofarmacéutica, aparatos médicos, educación y creación de conocimiento y servicios de salud. Y aborda cuatro objetivos básicos: impulsar la penetración de las TIC en el sector sanitario, fomentar la colaboración público-privada, generar un observatorio de tendencias y soluciones TIC más innovadoras y catalizar el proceso de convergencia de las prestaciones sociales y sanitarias.

LOS PODERES DEL SERMAS

La dimensión e importancia del Servicio Madrileño de Salud (Sermas) se refleja en las siguientes cifras.

- **Ciudadanos:** Más de 6,3 millones.
- **Personal sanitario:** 16.886 médicos y más de 23.022 enfermeras (no se incluyen los 1.090 médicos y 1.188 enfermeras que prestan sus servicios a los madrileños, dentro del sistema público de salud, por medio de los convenios con el Hospital Gómez Ulla y la Fundación Jiménez Díaz).
- **Hospitales:** 35 y dos en construcción, 30 centros de especialidades y 54 centros de salud mental.
- **Camas hospitalarias:** En funcionamiento, más de 15.000.
- **Centros de salud:** Más de 266 y unos 160 consultorios.
- **Facultades de Medicina:** Ocho.
- **Presupuesto:** La Consejería de Sanidad dispone para este año de 7.134 millones de euros, o sea, cuatro de cada diez euros de todo el presupuesto de la comunidad. El 61 por ciento se destina a atención hospitalaria y el 26,8 por ciento a Atención Primaria. Los recursos humanos representan el 43 por ciento del presupuesto de la Consejería, y la factura farmacéutica el 28 por ciento. El gasto sanitario por habitante es de 1.113 euros, frente a la media nacional de 1.318 euros.

SUMMA DE URGENCIA

El Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112) cuenta con 26 UVI móviles, 17 vehículos de intervención rápida, 38 unidades de asistencia domiciliaria y dos helicópteros. El Summa 112 realizó en 2010 más de 3,7 millones de actuaciones sanitarias, siete por minuto; atendió más de 33.000 situaciones de riesgo vital y 115.420 urgencias; recibió una llamada cada 32 segundos, de las cuales más de 4.000 fueron por intoxicación etílica o de drogas y 548 por violencia de género.

En los últimos tres años la Comunidad ha vivido una oleada de inauguraciones hospitalarias. Ocho son los nuevos centros que se han incorporado a la red sanitaria madrileña, a lo que hay que sumar el recientemente inaugurado Hospital de Torrejón, de titularidad pública y gestión privada.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

- Inauguración: 16 de septiembre de 2008
- Superficie total construida: 165.000 m²
- 3.000 plazas de aparcamiento (el 80% de pago)
- 613 camas
- 22 quirófanos –uno de ellos robotizado–
- 13 paritorios
- 24 puestos de neonatología

HOSPITAL DEL HENARES

- Inauguración: 8 de febrero de 2008
- Superficie total construida: 58.149 m²
- 187 camas
- 7 quirófanos
- 11 salas de radiodiagnóstico
- Hospital Universitario desde julio de 2010

HOSPITAL INFANTA CRISTINA

- Inauguración: 25 de febrero de 2008
- Superficie total construida: 56.811 m²
- 247 camas
- 9 quirófanos
- 8 paritorios
- Hospital Universitario desde el 11 de abril de 2011

HOSPITAL INFANTA ELENA

- Inauguración: 24 de noviembre de 2007
- Superficie total construida: 53.271,85 m²
- 106 camas (previstas 161 para 2017)
- 8 quirófanos
- 2 paritorios
- Hospital Universitario desde mayo de 2010

HOSPITAL INFANTA LEONOR

- Inauguración: 29 de febrero de 2008
- Superficie total construida: 85.066 m²
- 264 camas
- 11 quirófanos
- 8 paritorios
- Hospital Universitario desde septiembre de 2010

HOSPITAL INFANTA SOFÍA

- Inauguración: 15 de febrero de 2008
- Superficie total construida: 84.290 m²
- 283 habitaciones individuales
- 11 quirófanos
- 7 paritorios
- 30 especialidades médicas
- Sede de la Unidad Central de Radiodiagnóstico
- Hospital Universitario desde septiembre de 2010

HOSPITAL DEL SURESTE

- Inauguración: 28 de febrero de 2008
- Superficie total construida: 56.811 m²
- 125 camas
- 5 quirófanos
- 4 paritorios

HOSPITAL DEL TAJO

- Inauguración: 25 de febrero de 2008
- Superficie total construida: 46.000 m²
- 98 camas
- 4 quirófanos
- 3 paritorios

FILOSOFIA X-FACTOR:

Una potente plataforma basada en un detector inalámbrico que puede funcionar en la totalidad de sus equipos de Rayos X.

Vea la transición a DR desde otra perspectiva.

www.carestream.es/xfactor

Carestream

UNA NUEVA FORMA DE PASARSE A DR.

© Carestream Health, Inc., 2011.

Javier Fernández-Lasquetty y Blanc, consejero de Sanidad

"No habrá recortes en la sanidad madrileña"

EL CONSEJERO DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID, JAVIER FERNÁNDEZ-LASQUETTY, AFIRMA QUE "NO HABRÁ RECORTES EN LA SANIDAD MADRILEÑA, EN EL SENTIDO DE DISMINUIR LA ASISTENCIA O SU CALIDAD". Y ACLARA: "LO QUE SÍ HABRÁ ES MÁS EFICIENCIA Y MÁS AHORRO".

[*Por* **GONZALO SAN SEGUNDO**]

PREGUNTA: ¿Cuáles son los proyectos, medidas o decisiones más importantes que tomará en esta legislatura?
RESPUESTA: El principal desafío que tiene la sanidad madrileña en los próximos años es mantener, incluso mejorar en lo que se pueda, la calidad de la asistencia sanitaria en un momento de crisis muy profunda. Y esto significa un desafío muy importante de garantía de sostenibilidad. Para ello vamos a trabajar en una serie de planes específicos en cada una de las especialidades y en Atención Primaria, para mejorar la atención, el sistema de trabajo y la gestión. Y en muchas ocasiones, planes conjuntos.

> "Aplicaremos claramente la prescripción por principio activo promulgada por decreto ley el pasado mes de agosto"

P. ¿Y en cuanto a la aplicación de las nuevas tecnologías y servicio a los pacientes?
R. La receta electrónica será un desarrollo en esta legislatura. Estamos trabajando en una experiencia piloto ya avanzada, teniendo en cuenta la experiencia de otras comunidades autónomas, con las sociedades científicas de Atención Primaria y el Colegio de Farmacéuticos. Otra cosa que acabamos de iniciar y que desplegaremos el año que viene es la factura sanitaria informativa.

P. ¿Habrá recortes para reducir el déficit sanitario?
R. No habrá recortes en la sanidad madrileña, en el sentido de disminuir la asistencia o su calidad. Lo que sí habrá es una búsqueda de más eficiencia y ahorro, que servirá para financiar mejor otras necesidades que tal vez no están suficientemente atendidas.

P. ¿Cuáles son esas vías de ahorro?
R. Hay varias. Una muy importante se refiere al gasto farmacéutico. Por una parte, aplicaremos claramente la prescripción por principio activo promulgada por decreto ley el pasado mes de agosto; y, por otro lado, vamos a seguir trabajando en la centralización de compras de farmacia y productos hospitalarios. También vamos a promover todo aquello que signifique compartir recursos entre hospitales, pero de manera voluntaria entre los profesionales. Se trata de mejorar la atención a los pacientes mediante alianzas entre servicios de hospitales, compartiendo procesos clínicos y herramientas de diagnóstico y de tratamiento.

P. ¿Entra en sus cálculos aplicar el *cataloguiño* gallego o medida similar?
R. No, ahora no, pero entró. En la decisión del Ministerio de Sanidad, que me parece acertada y se la elogié, de pasar al sistema de prescripción por principio activo, han sido decisivas dos cosas: la iniciativa gallega y el anuncio que hizo la presidenta de la Comunidad de Madrid, en el sentido de que o el Ministerio tomaba medidas o Madrid tendría un sistema igual que el gallego.

P. ¿Cómo marcha la libre elección de médico, enfermero y hospital y, por tanto, el área única?
R. En cuanto a la libre elección, el objetivo ha funcionado muy bien. Desde su implantación en octubre del año pasado, 253.000 madrileños han cambiado de médico o de enfermero en la Atención Primaria, y en el 7,6 por ciento de las citas

que se han dado para especializada, el paciente ha escogido un hospital distinto al que tenía previamente asignado. Esto es muy positivo, también para los médicos y la Enfermería, y fortalece la relación médico-paciente. En cuanto al área única, nos falta por ajustar algunas cosas, sobre todo en la parte de gestión, pero está funcionando bien.

P. En mayo pasado, los profesionales le trasladaron la necesidad de potenciar la Atención Primaria y de abordar las unidades multidisciplinares. ¿Cómo está esto?
R. Estamos haciendo un buen trabajo, creo, con las asociaciones científicas y el Colegio de Médicos, dirigido a encontrar soluciones para cuestiones que son un problema, en muchos casos de exceso de carga burocrática. Espero que a lo largo de los próximos meses podamos presentar y avanzar algunas cosas para desburocratizar las consultas. También hemos elaborado un documento de mejora de los centros de salud que tienen un carácter docente, en el que se definen una serie de objetivos y medidas realistas que vamos a poner en práctica inmediatamente.

P. Creo que para octubre tiene previsto "el mayor concurso de traslados de la sanidad madrileña", según sus propias palabras. ¿Qué espera que ocurra?
R. Espero que se desarrolle con toda la normalidad del mundo. El concurso, que afecta a profesionales de Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería, ya se ha celebrado. Hubo unas 8.000 solicitudes de traslado y a primeros de octubre tendrá lugar la toma de posesión simultánea de los médicos y enfermeras que han aprobado la OPE y el concurso de traslados de los que han optado a otra plaza. Esto significará que varios centenares de miles de madrileños van a cambiar de médico o de enfermera porque el suyo se trasladará a otro lugar.

P. Los jefes de servicio y de sección son designados por tribunales médicos con libre concurrencia. ¿Quieren terminar con la dedocracia en el nombramiento de esos cargos?
R. Las reglas que estamos aplicando son las reglas del Insalud de 1999. Las estamos aplicando con toda la pulcritud y toda la transparencia de que somos capaces. Y esto significa que aquí en Madrid, desde hace un año, las plazas de jefe de servicio se convocan en el Boletín Oficial los días 1 y 15 de cada mes, para que cualquiera que sienta interés por una de ellas se pueda presentar. La selección la hace un tribunal solo formado por médicos que evalúa a los candidatos en sesión pública en el salón de actos del hospital correspondiente.

P. Con cinco institutos de investigación acreditados, y dos más en proyecto, Madrid se coloca a la vanguardia de la I+D biomédica en España. ¿Qué hace la Consejería para potenciar este sector de claro futuro?
R. Para nosotros, la investigación es una pieza básica, junto a la asistencia y la docencia. Hemos tratado de potenciar, animar e incentivar en todo lo que hemos podido a los profesionales para mejorar e incrementar la investigación biosanitaria en Madrid. El año pasado se iniciaron 600 nuevos proyectos de investigación y se firmaron más de 900 nuevos contratos de ensayos clínicos. Hay más de 1.200 profesionales sanitarios como investigadores *junior* en proyectos de investigación en el sistema sanitario madrileño. Y esta línea queremos potenciarla en colaboración con el sector privado. En este sentido, el año pasado y lo que llevamos de este ha habido un crecimiento importante en la captación de fondos. En 2010 se recaudaron 50 millones de euros, de los que una gran parte proceden de fondos privados.

P. ¿Qué balance hace de la colaboración público-privada?
R. Sin la colaboración público-privada no hubiéramos podido construir nueve hospitales y otros dos más en construcción y ponerlos en servicio. Esta decisión fue muy criticada y fue objeto de una polémica muy agria, en la que, por cierto, bastantes argumentos que se utilizaron en su momento luego se han demostrado falsos, como que a la gente se la iba a cobrar con la tarjeta de crédito. Respecto a los concursos y convenios con hospitales y clínicas privadas, los ampliaremos cuando haya necesidad y en la medida en que haya disponibilidad presupuestaria. Por ejemplo, acabamos de aprobar en Consejo de Gobierno la licitación de una serie de camas concertadas para los próximos cuatro años para tratar a los enfermos con daño cerebral reversible. Esta tarea no se debe hacer en nuestros hospitales de agudos y en los hospitales de media y larga estancia no tenemos capacidad suficiente para atenderlos.

Patricia Flores Cerdán, viceconsejera de Asistencia Sanitaria

"Las TIC están plenamente incorporadas a la Sanidad madrileña"

PREGUNTA. Reducir las listas de espera es una de las prioridades de la Consejería de Sanidad para esta legislatura. ¿En qué situación se encuentra este asunto?

RESPUESTA. La lista de espera quirúrgica se redujo mucho con la puesta en marcha del Plan en 2004. A todos los pacientes de la Comunidad de Madrid se les da la opción de poder operarse en 30 días. En este sentido, la lista de espera quirúrgica ha bajado en 3.500 personas en el segundo trimestre de este año, mientras que la demora máxima se ha mantenido en 30 días y la media es de 9,7 días a 31 de marzo y de 9,6 días a 30 de junio.

En cuanto a la espera media para consultas externas, en el conjunto de la comunidad, es de 21 días. Para las principales pruebas diagnósticas en su conjunto, 95 por ciento de los pacientes esperan menos de 40 días y 98 por ciento menos de 90 días. Los tiempos de espera se reducen por debajo de los 15 días cuando el médico de Atención Primaria sospecha un proceso grave.

P. ¿Cuál es el nivel de implantación de las TIC en la sanidad madrileña?

R. Están plenamente incorporadas en el Servicio Madrileño de Salud. Contamos con una red propia de más de 50.000 puestos de trabajo, a la cual acceden más de 70.000 usuarios. Hemos alcanzado el cien por cien de implantación de la historia clínica electrónica en Atención Primaria y aproximadamente un 60 por ciento en especializada. Adicionalmente, contamos con un visor que permite la consulta de información clínica de todos nuestros pacientes desde cualquier punto de nuestra red y con independencia de donde esté almacenada.

En cuanto a receta electrónica, hemos realizado un piloto y ahora estamos abordando la primera fase del despliegue en un conjunto de centros de salud. También hemos venido trabajando en ampliar la oferta de servicios multicanal al ciudadano; especialmente en procesos de citación, pero también en trámites como como actualización de datos o solicitud de cambio de médico/enfermera en virtud de la Ley de Libre Elección, donde las TIC han jugado un papel clave.

A todo ello hay que unirle diversas iniciativas como la red social en el ámbito de oncología o la factura sombra.

P. El 96 por ciento del presupuesto de la Consejería se destina a asistencia sanitaria. ¿Qué esfuerzos realiza en prevención?

R. La Atención Primaria juega aquí un papel decisivo y contamos con una muy buena cobertura en los programas de prevención tanto primaria como secundaria. De los cuarenta y dos servicios que componen nuestra cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria, casi la mitad de ellos inciden en el aspecto preventivo de la asistencia.

Además nos preocupa la prevención primaria de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y para ello contamos con un muy buen sistema de información epidemiológica. Por otro lado, me gustaría resaltar la estrategia de formación del personal docente de los colegios donde se imparte Educación Infantil y Primaria, que llevamos a cabo en coordinación con la Consejería de Educación.

P. Usted ha afirmado que la sanidad privada "forma parte del ADN de la sanidad pública madrileña". ¿Qué acciones piensan llevar a cabo para incrementar la colaboración público-privada?

R. Entre las acciones que la CAM va a poner en marcha se encuentra la apertura el 22 de septiembre del nuevo hospital de Torrejón y el próximo año los de Móstoles y Collado Villalba. También tenemos que analizar el incremento de la colaboración público-privada en las líneas horizontales de la asistencia, como por ejemplo el laboratorio central todo ello en un entorno económico muy complejo como el que estamos viviendo en la actualidad.

HOSPITAL moncloa

AMPLIA CARTERA DE SERVICIOS

- Alergología
- Anatomía Patológica
- Anestesia y Reanimación
- Angiología y Cirugía Vascular
- Cardiología
- Cardiología Intervencionista
- Cirugía Cardiaca
- Cirugía General
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Cirugía Radioguiada
- Cirugía Torácica
- Dermatología
- Endocrinología
- Farmacia
- Ginecología y Obstetricia
- Hospital de Día
- Lab. Electrofisiología Cardiaca (Unidad de Arritmias)
- Laboratorio de Análisis Clínicos
- Medicina Interna
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurología
- Oftalmología
- Oncohematología
- Oncología Médica
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psicología
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Radiología Intervencionista
- Reumatología
- Traumatología y Cirugía Ortopédica
- Unidad de Consejo Genético
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Unidad del Dolor
- Urgencias
- Urología

ALTA TECNOLOGÍA MÉDICA

- Tomografía computarizada helicoidal y de 64 cortes
- TAC Cardiaco
- Resonancias Magnéticas Nucleares(0,5 y 1,5 Teslas)
- Arco de Cirugía Cardiaca, Neurocirugía y Vascular
- Arco de Radiología Vascular intervencionista y Hemodinamia
- Arco de Electrofisiología Cardiaca
- Telemando digital
- Radiología convencional y equipos de radiología portátil
- Mamógrafos de última generación
- Ortopantomógrafo

El Hospital Moncloa cuenta con unas instalaciones óptimas, un equipo de profesionales sanitarios excelente y la tecnología más avanzada que permiten ofrecer a todos los usuarios una asistencia integral de máximo nivel y un trato personalizado.

TELÉFONO CITAS 91 595 70 00

Avda. de Valladolid, 83 · 28008 · Madrid

www.hospitalmoncloa.es

Antonio Alemany López, director general de Atención Primaria de la CAM

"Se está potenciando la continuidad asistencial"

PREGUNTA. ¿Se han solucionado los conflictos detectados tras la implantación del área única y la libre elección de médico y hospital?
RESPUESTA. Entiendo que sí. Todo cambio supone siempre un esfuerzo y una oportunidad de mejora y, lógicamente, trabajamos con ilusión para cumplir las expectativas de todos los implicados. Los equipos directivos de la nueva estructura están perfectamente vertebrados con áreas específicas de competencias y contenidos. Entendemos que, las posibles distorsiones que se hayan podido producir a la hora de dar respuestas ágiles a las demandas de nuestros profesionales en nuestros centros de salud como consecuencia del cambio organizativo, actualmente están solucionadas. Sin duda, ha contribuido el desarrollo de un ambicioso Plan de Comunicación que se ha difundido a todos los niveles de la organización.

P. ¿Cómo se está abordando la desburocratización?
R. Por un lado, se han recordado las instrucciones sobre la emisión de la primera receta en las consultas hospitalarias y al alta y de la entrega de la medicación en los servicios de urgencias.

Lo mismo sucede con la asunción de todos aquellos actos administrativos derivados de la atención al ciudadano, de manera que sean asumidos por quien genera dichas solicitudes. Otro aspecto en el que también se está trabajando es en la emisión y seguimiento de la incapacidad temporal.

P. A la Atención Primaria se la considera "la puerta de entrada al sistema sanitario" y, sin embargo, su peso en la organización sanitaria es escaso.
R. Somos conscientes de que la AP debe tener el peso que efectivamente le corresponde como vertebrador del eje sanitario.

En esta línea, se está potenciando la participación conjunta en protocolos de actuación entre Atención Primaria y hospitalaria, el desarrollo homogéneo de un catálogo de pruebas diagnósticas para todos nuestros centros y la capacidad resolutiva del profesional de Atención Primaria (ecógrafos, retinógrafos, etc). Por otro lado, dentro de la nueva estructura, se ha potenciado notablemente la continuidad de los cuidados y la conexión entre ambos ámbitos de actuación, mediante la creación, como comentaba antes, de la figura del director de continuidad asistencial.

P. ¿Qué grado de autonomía de gestión tienen los centros de salud? ¿Es partidario de incrementarla?
R. En estos momentos, las actuaciones se están centrando en varias líneas dirigidas a potenciar la gestión de los centros de una forma homogénea, dotándoles de medidas de compensación y de herramientas de apoyo, como el cuadro de mando *e-soap* o formación específica para directivos, que faciliten de una forma progresiva la capacitación de los directores de centros en el ámbito de la gestión.

P. ¿Están potenciando la investigación y gestión clínica en AP?
R. Se han puesto en marcha diferentes iniciativas. Por un lado se ha creado una Unidad de Apoyo a la Investigación, que está proporcionando formación y asesoramiento metodológico a los profesionales de AP. Paralelamente, se han constituido las comisiones de investigación: una Comisión Central de Investigación, cuyo ámbito de actuación es la propia Gerencia de Atención Primaria, y siete comisiones locales, una por cada dirección asistencial.

P. ¿Qué destacaría del Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013?
R. Me gustaría resaltar la impecable metodología que se ha seguido en su elaboración. Y que la intervención sobre los problemas de salud que se recogen en estas líneas supone abordar, desde la promoción de la salud y la prevención en AP, las enfermedades y situaciones más frecuentes y que causan mayor mortalidad en la población de la Comunidad de Madrid.

Pedro Llorente Cachorro, director general de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos de la CAM

"Queremos potenciar el uso de fármacos genéricos"

PREGUNTA. ¿A cuánto asciende el gasto total anual en medicamentos en la Comunidad de Madrid y en relación con la media de España?

RESPUESTA. El gasto total en farmacia en el año 2010 fue de 2.054.086.803 de euros, lo que representa el 29,01 por ciento del presupuesto de la Consejería de Sanidad y el 11,08 por ciento del presupuesto de la comunidad. El 64 por ciento del gasto fue debido al gasto en receta y el 36 por ciento restante a adquisiciones directas de medicamentos, especialmente en hospitales. En cuanto al gasto a través de receta el incremento del gasto en Madrid fue similar al nacional (-2,28 por ciento *vs.* -2,38), siendo el gasto por habitante más bajo de España después de Melilla, Ceuta y Baleares.

P. ¿Cuáles son los grupos de fármacos más consumidos/comprados?

R. Claramente los antihipertensivos y los psicofármacos, cada uno de ellos acumula más de un 10 por ciento del gasto farmacéutico. A corta distancia le siguen los antiasmáticos y los hipolipemiantes, cada uno de ellos con más de un siete por ciento del consumo total y por último los antidiabéticos con un cinco por ciento del consumo. Por lo tanto, se puede concluir que una parte importante del gasto farmacéutico se dedica a la prevención del riesgo cardiovascular (antihipertensivos, hipolipemiantes y antidiabéticos) con mas de un 27 por ciento sobre el gasto total de medicamentos.

P. ¿Qué medidas tienen implantadas o piensan implantar para controlar y racionalizar el gasto farmacéutico?

R. Creemos que la racionalización del gasto farmacéutico no se consigue tan solo por la disminución de los precios de los medicamentos. Por ello las medidas tienen tres líneas bien definidas. En primer lugar, mejorar la eficiencia a través de potenciar el uso de fármacos genéricos o las estrategias de compras centralizadas, tanto de medicamentos como de productos sanitarios. En segundo lugar, estrategias dirigidas a fomentar, por parte de los prescriptores, la utilización del fármaco preciso, en la patología correcta y en el momento y cantidad adecuada, es decir estrategias de formación e información de medicamentos. Y por último, no hemos de olvidar el papel activo de los pacientes, en este sentido tenemos previstas una serie de iniciativas dirigidas a concienciar a la población del coste de la prestación farmacéutica y de la necesidad de hacer un uso adecuado de los mismos evitando el acumulo innecesario.

P. ¿La política de prescripción se encamina hacia los genéricos o dejan que los médicos prescriban libremente?

R. En la Comunidad de Madrid los profesionales sanitarios seleccionan el medicamento que consideran más adecuado para cada paciente sin ningún tipo de restricción. Bien es cierto que, desde el año 2002 se vienen implantando, de forma decidida, estrategias para el uso racional del medicamento entre las que se encuentra la promoción de los genéricos.

P. ¿Cómo se puede evitar el gasto farmacéutico innecesario?

R. En primer lugar, disponiendo de sistemas de información robustos, que abarquen la globalidad del gasto farmacéutico y no solo el gasto en receta. En segundo lugar, contando con la participación y concienciación de los profesionales sanitarios y siendo capaces de comunicar y trasladar de forma efectiva los objetivos marcados por el sistema sanitario y, en tercer lugar, estableciendo una sistemática evaluación de las actuaciones puestas en marcha y de los resultados obtenidos.

P. ¿Tienen planeado establecer una central de compras de productos farmacéuticos?

R. Una de nuestras líneas estratégicas es aprovechar el potencial de Servicio Madrileño de Salud para realizar procedimientos de compras centralizados. Aquí también creemos que es posible la innovación tanto en el procedimiento como en los productos a incluir, de forma que para conseguir una optimización en los precios se tendrá en cuenta no solo el margen de ahorro por las compras agregadas, sino también criterios de indicación terapéutica por grupo de medicamentos.

Centralización de laboratorios

Fórmulas innovadoras de gestión

EL LABORATORIO CLÍNICO CENTRAL Y LA UNIDAD CENTRAL DE RADIODIAGNÓSTICO, FÓRMULAS INNOVADORAS EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.

Centralizar la gestión de los laboratorios y otras unidades de los hospitales, como las de radiodiagnóstico, obedece a varios criterios. Por un lado, ahorro de costes al aprovechar las sinergias y la racionalización de pruebas; por otro, la rapidez en presentar las resoluciones a los médicos y los pacientes, sin olvidar la posibilidad de realizar estudios epidemiológicos.

El Laboratorio Central cuentan con una plantilla de 217 profesionales y ofrecen cobertura a más de 1,1 millones de ciudadanos

Con esos objetivos, la Comunidad de Madrid concedió a la empresa BR Salud, participada por el grupo Ribera Salud, Balagué Center y AMS, por un periodo de ocho años la gestión de los laboratorios de análisis pertenecientes a los hospitales Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes), Infanta Cristina (Parla), Infanta Leonor (Madrid), Sureste (Arganda del Rey), Henares (Coslada) y Tajo (Aranjuez) y a sus áreas de influencia de Atención Primaria. En el Infanta Sofía se halla este Laboratorio Clínico Central.

El Laboratorio Central, cuyo director médico es Antonio Ballesta, y los otros seis periféricos cuentan con una plantilla de 217 profesionales y ofrecen cobertura a más de 1,1 millones de ciudadanos en las áreas de análisis clínicos, bioquímica clínica, hematología clínica, inmunología, genética, microbiología y parasitología, además de pruebas de compatibilidad de sangre y componentes sanguíneos.

Con cerca de 37 millones de pruebas analíticas realizadas y dos millones y medio de peticiones, el Laboratorio Central, inaugurado en 2009, es un modelo "dentro y fuera de nuestro país", en palabras del consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty. Y se diferencia de otros en "la organización de los recursos humanos, sistemas de información, tecnología y modelo de organización", según Ballesta.

Sus líneas estratégicas de actuación son: excelencia en el desarrollo del trabajo, programas de calidad en la trazabilidad de

las muestras, integración y coordinación de los distintos niveles y áreas sanitarias, adecuación de los servicios a la actividad asistencial, gestión eficiente de la indicación clínica y la utilización de las tecnologías sanitarias, apuesta por el desarrollo profesional, apoyo a la investigación, docencia y mejora del conocimiento científico, y nuevas tecnologías y sistemas de información, orientados a la eficiencia del conocimiento científico.

SERVICIO PIONERO EN ESPAÑA

Otro modelo de centralización de servicios sanitarios es la Unidad Central de Radiodiagnóstico (UCR), coordinada, gestionada y dirigida por una empresa pública que lleva su mismo nombre. Ubicada en el Hospital Infanta Sofía, tiene a Marisa García González como directora gerente y a Eduardo Fraile Moreno, presidente de la Sociedad Española de Radiología Médica, como director médico.

Este servicio pionero en España se creó en 2008, y mantiene conectados por Internet a los servicios de radiodiagnóstico de los seis hospitales antes mencionados. De manera que, a través de un sistema informático, permite que todas las pruebas realizadas en cualquiera de esos hospitales puedan ser consultadas por cualquier especialista de esos centros de forma inmediata, *on line*.

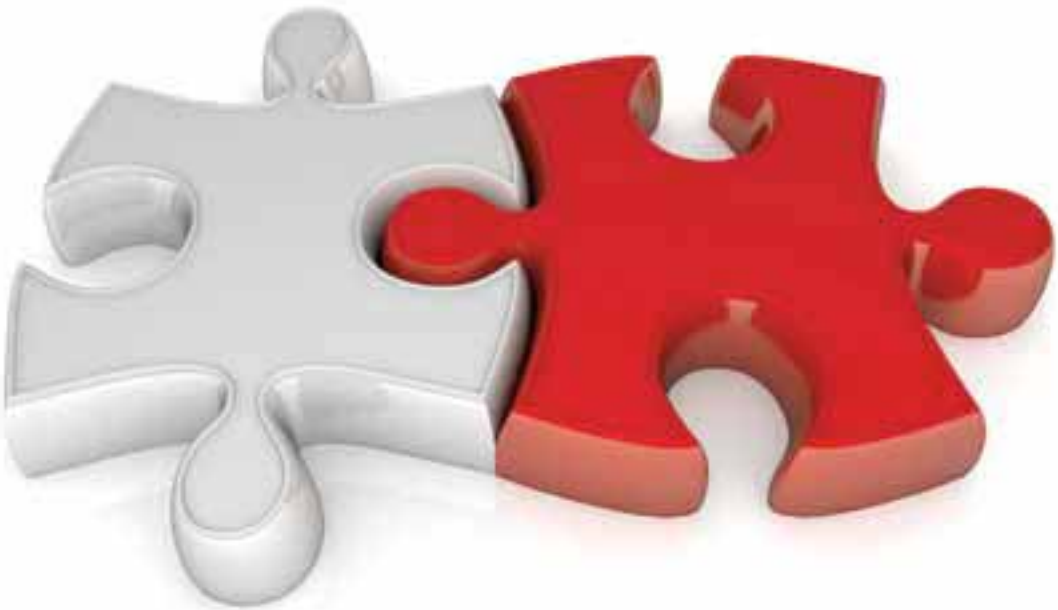
La UCR tiene capacidad para dar respuesta a las consultas realizadas por especialistas nacionales y extranjeros a través de una red informática y electrónica de alta tecnología. Operativa las 24 horas del día durante todo el año, cuenta con facultativos especializados en las diferentes materias radiológicas: tórax, mama, abdomen, osteoarticular y neurológico. Es capaz de realizar 900.000 exploraciones radiológicas al año, lo que supondrá la creación de un importante banco de imágenes que fomentará la investigación y el estudio entre los profesionales.

Para llevar a cabo toda esa actividad, la UCR, conocida como "el anillo radiológico", cuenta con 122 equipos digitales directos de última generación, con un sistema de archivo y comunicación de imágenes centralizado y un sistema de información radiológico común que contiene el historial radiológico de 1.100.000 habitantes de la población de las áreas atendidas y permite la consulta de los mismos en tiempo real. Es decir, quien viaja o se desplaza son las pruebas, no los pacientes.

Hay más ventajas para los pacientes, la UCR reduce notablemente los tiempos de espera entre la realización de la prueba y su acceso. "En el mismo momento en que el radiólogo emite el diagnóstico (a través de un sistema de reconocimiento de voz) el médico peticionario lo tiene disponible", explica Marisa García. Además, el sistema mejora la eficiencia de recursos.

Sector sanitario privado

Colaboración público-privada: las dos partes de un todo



DE LOS 83 HOSPITALES QUE EXISTEN EN LA COMUNIDAD DE MADRID, DONDE RESIDE EL 17 POR CIENTO DE LAS EMPRESAS SANITARIAS DE ESPAÑA, 51 SON PRIVADOS.

La Comunidad de Madrid, donde radica más del 17 por ciento de las empresas sanitarias de España, apuesta por el desarrollo de un sector sanitario fuerte en el que impera la colaboración público-privada, y una estrecha unión entre universidad-empresa-Administración. En su geografía se distribuyen, con fuerte presencia en la capital, 83 hospitales, de los que 51 son privados. De estos y de las aseguradoras médicas (uno de cada cinco madrileños tiene un seguro médico privado, el doble que en toda España), destacamos los más representativos y con mayor implantación en suelo madrileño.

Grupo HM Hospitales. El grupo hospitalario privado más importante de la Comunidad de Madrid comenzó su andadura en 1989, de la mano de su fundador y presidente ejecutivo actual, el cirujano Juan Abarca Campal, con la rehabilitación y gestión del Hospital de Madrid. Actualmente cuenta con cuatro hospitales universitarios, con implantación en todos ellos de la historia clínica electrónica, y una clínica, Hospital Nuevo Belén, adquirida el pasado mes de julio.

El 80 por ciento de los cerca 1.500 facultativos del Grupo HM desarrollan su actividad exclusivamente en estos centros, con un alto grado de fidelidad a la empresa; entre otras razones, porque es una empresa de médicos para médicos, dirigida a los pacientes y que cuenta con la tecnología más puntera y la aplicación de los últimos avances científicos.

HM Hospitales, certificado según la norma DIN-EN-ISO 9001:2000 y acreditado con la marca de garantía Madrid Excelente, basa su base científica profesional en la docencia y la investigación. También la transparencia

constituye una de sus señas de identidad: publica sus resultados médicos asistenciales en su página web (www.hospitaldemadrid.com), como un índice de seguridad para el paciente y su familia.

■ **Capio Salud.** Es el grupo líder en gestión sanitaria en España, con nueve centros y más de 5.000 profesionales. En la Comunidad de Madrid, Capio Salud gestiona seis de ellos: la Fundación Jiménez Díaz, Capio Hospital Sur (Alcorcón) y Capio Clínica Alcalá de Henares, dentro del sector privado; y en el sector público, los hospitales Infanta Elena (Valdemoro), Collado Villalba y el nuevo Hospital de Móstoles, estos dos últimos en construcción. Los hospitales públicos tienen, en conjunto, más de 530 camas y una población asignada de unas 400.000 personas.

ASEGURADORAS

Dentro del sector sanitario privado se encuadran las aseguradoras médicas, algunas de ellas con red hospitalaria propia. En la Comunidad de Madrid, donde más de dos millones de personas tienen cobertura privada además de la pública, operan las más importantes, entre las que destacan, por su actividad y presencia, las siguientes:

■ **Sanitas.** Líder en seguros privados de asistencia médica y salud en España, con una cuota de mercado del 18 por ciento, la compañía cuenta con 1,9 millones de socios (clientes). Fundada en 1954, pertenece al grupo británico BUPA (British United Provident Association) desde 1989. Gestiona y/o posee en toda España tres hospitales: La Zarzuela, La Moraleja y CIMA en Barcelona. Este último, el primero de la compañía ubicado fuera de Madrid, dispone de 48 habitaciones y 150 médicos.

Además, tiene 54 clínicas Milenium multiespecialidad, 16 centros Milenium Dental y 38 residencias para la tercera edad con más de 4.300 plazas. En Valencia gestiona el hospital público de Manises y su área de Atención Primaria, que da cobertura a 197.000 habitantes.

Con cerca de 5.000 empleados, el Grupo Sanitas facturó 1.450 millones de euros en 2010, un 7,2 por ciento más que el año anterior, con un beneficio superior a los 85 millones. Su división hospitalaria (Sanitas Hospitales) alcanzó una facturación de 179,3 millones de euros, lo que supone un incremento de un 11,3 por ciento frente a 2009.

■ **Mutua Madrileña.** Saltó al ruedo de la salud con la compra de la aseguradora Aresa en 2005 por 352 millones de euros. Y el pasado mes de julio adquirió el 50 por ciento de SegurCaixa Adeslas en una operación cifrada en 1.075 millones de euros, pasando a ser la primera aseguradora española en el ramo de salud, con unos ingresos por primas que ascenderán a 3.300 millones de euros en 2012 una cuota de mercado superior al 25 por ciento en seguros de salud y más de tres millones de clientes.

MM Aresa Salud cuenta con dos centros afiliados, en Huesca y Tarragona, y otros dos propios, en Barcelona (Clínica Olivé Gumá) y Madrid (Clínica San Bernardo, adquirida en 1997).

■ **Asisa.** Propiedad de la cooperativa de médicos Lavinia, con más de 20.000 integrantes, posee 13 clínicas propias, más de una treintena de centros médicos y 18 unidades de diagnóstico. En la Comunidad de Madrid tiene nueve centros médicos y un hospital de referencia, Hospital Moncloa. Además, gestiona el Hospital de Torrevieja.

HEALTH DIALOG ESPAÑA

Esta empresa, creada a finales de 2009 en *joint venture* con la estadounidense Health Dialog, lleva dos años operando en España. En este tiempo, ha consolidado los programas de gestión de enfermedades crónicas, especialmente los del servicio Sanitas Responde. Este servicio, pionero en España, se ofrece a cerca de 24.000 pacientes crónicos, según datos del primer trimestre de 2011. En este tiempo, ha gestionado ya más de 140.000 consultas de atención personalizada. El director de Health Dialog España, Philippe Paul, califica de "impresionante" la acogida de este servicio por parte de los pacientes, como prueba el hecho de que el 93 por ciento de ellos se declare satisfecho con su ejecución y el 89 por ciento asegure que se lo recomendaría a otros enfermos, de acuerdo con la encuestas realizadas. Por su parte, la directora médica, Clara Esteban, comenta que esta iniciativa "influye positivamente en el paciente", pues procura que los pacientes comprendan sus opciones y tengan la información que necesitan para participar en las decisiones que afectan a su salud y bienestar.

UN MODELO DE GESTIÓN EN AUGE

Madrid es, junto con la Comunidad Valenciana, la región que más apuesta por la colaboración del sector sanitario público con el privado. Ocho hospitales cuentan con gestión privada en los servicios no sanitarios, y en otros cuatro (Valdemoro, Torrejón, Collado Villalba y Móstoles, estos dos últimos en construcción) la gestión privada es completa. A lo que hay que añadir el Laboratorio Central de Análisis Clínicos.

Además, el Sermas suscribe acuerdos y convenios con hospitales y clínicas privados para la concertación de camas y otros servicios sanitarios en función de las necesidades. Por ejemplo, se acaba de concertar una serie de camas para los próximos cuatro años con el fin de tratar a los enfermos con daño cerebral reversible.

Juan Abarca Cidón, secretario general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) y director general de HM Hospitales

"La medicina privada ofrece sanidad de alta calidad"

PREGUNTA. Dentro de las medidas generales de ahorro y recortes, ¿cree necesario meter la tijera en la sanidad pública? ¿dónde habría que recortar en el caso concreto de la sanidad madrileña?

RESPUESTA. No se trata tanto de hacer recortes sino de gestionar mejor. Todos conocemos las dificultades que tiene la sanidad pública para hacer una gestión eficiente; es bastante difícil dar directrices concretas que ayuden en este sentido, pero está claro que hay que hacer esfuerzos para mejorar la gestión, para promover una educación sanitaria que facilite un consumo de recursos más responsable, y para ampliar la colaboración entre la sanidad pública y la privada, a fin de aprovechar los recursos que ofrece esta última, un sector que, además, en el caso de Madrid, es muy importante.

> "Habría que dar facilidades a quienes quieran optar por la sanidad privada"

P. ¿Cómo afectarán esas medidas al sector sanitario privado?

R. Espero que positivamente porque la medicina privada ofrece una sanidad de alta calidad y, al no tener los hándicaps que tiene el sistema de gestión público, es más eficiente. Espero que todas las medidas que se apliquen para mejorar la eficiencia del sector sanitario público vayan, indirectamente, en beneficio de todo el sistema, también del privado, porque al fin y al cabo todo es ahorro.

P. ¿También el sector privado se está apretando el cinturón?

R. El sector privado se está apretando el cinturón porque la crisis afecta a todo el mundo y porque en la sanidad privada hay una gran competencia y es un sector muy atomizado y muy sometido a las presiones de las compañías aseguradoras, que proporcionalmente son mucho más grandes que los grupos hospitalarios. Todo ello lleva a que tengamos que hacer esfuerzos sobre todo en el ámbito de la gestión, mejorando constantemente nuestra eficiencia, a través de la centralización de servicios, de la corporativización de unidades, etcétera, para que la calidad de nuestra oferta sanitaria no se resienta en ningún momento.

P. ¿Cree adecuada la política de colaboración público-privada que lleva a cabo la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid? ¿Cómo habría que fortalecer o incrementar dicha colaboración?

R. Vamos por el buen camino, pero es mejorable. Creo que la sanidad madrileña, en particular la sanidad privada madrileña, tiene una capacidad, por volumen y por calidad asistencial, que le permitiría colaborar mucho más con la Comunidad de Madrid, y no limitarse a cuestiones de lista de espera.

P. Como secretario general del IDIS, ¿cuál es su análisis de la estructura y peso del sector sanitario privado en la Comunidad de Madrid?

R. En la Comunidad de Madrid está el 30 por ciento de la sanidad privada de este país, con 2,5 millones de

asegurados de los ocho que hay a nivel nacional. Eso hace que esta sea, posiblemente, la región donde haya mayor concentración de actividad privada de toda España, lo que hace que la sanidad privada madrileña tenga un volumen muy elevado que, junto a su óptimo nivel de calidad, le permite complementarse perfectamente con la sanidad pública, o incluso competir con ella en la mayoría de los procesos.

P. ¿Cuál es su percepción acerca de la libre elección de médico, especialista y hospital implantada en Madrid desde hace ocho meses? ¿Es una buena receta para aplicar en el resto de España?

R. Mi percepción es buena porque cualquier medida que permita que la población tenga mayor capacidad y libertad para elegir es positiva. Por supuesto que es una buena receta para aplicar al resto de España, pero además habría que, no solo aumentar la libertad para elegir entre sanidad pública o privada, sino dar facilidades para que quienes quieran optar por la privada puedan hacerlo sin impedimentos, beneficiando además al sistema, al ahorrar recursos a la sanidad pública y liberarlos para los usuarios de esta última.

> "La sanidad privada madrileña tiene un volumen muy elevado que, junto a su óptimo nivel de calidad, le permite complementarse perfectamente con la sanidad pública"

P. ¿En qué aspectos colabora HM Hospitales con la sanidad pública madrileña?

R. En todo aquello en lo que nos necesiten. Desde el punto de vista de la investigación, somos la única unidad asistencial, junto con el Hospital de Fuenlabrada, que forma parte del área de ensayos clínicos del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). En cuanto al aspecto docente, nuestros hospitales son universitarios gracias a un acuerdo con la Universidad CEU San Pablo, lo que nos permite colaborar en la formación de residentes y, en general, de los futuros profesionales sanitarios.

HM Hospitales no tiene dependencia de conciertos con la sanidad pública, por lo que, salvo situaciones puntuales, estamos únicamente para lo que nos necesiten y requieran.

JORNADA
Medical Economics

Calidad de la Atención al Paciente Oncológico en el Sistema de Salud Español

Madrid, 8 de noviembre de 2011

Con la colaboración de:

eco

NOVARTIS

Información e inscripción: Rosana Sánchez
Tel.: 91 500 20 77 - info@medecoes.com

Bienvenidos al hospital tecnológico

EL HOSPITAL MONCLOA OFRECE ASISTENCIA SANITARIA MULTIDISCIPLINAR A TODOS LOS ASEGURADOS DE ASISA, ASÍ COMO A USUARIOS PRIVADOS.

Inaugurado en 1993 como Clínica Moncloa, el actual Hospital Moncloa está inmerso en un proceso de innovación continua, que tiene como protagonistas a los pacientes, a los usuarios, a los clientes y a los propios profesionales. El centro sanitario comenzó su actividad con 154 empleados, ofreciendo los servicios de hospitalización, área quirúrgica, UCI, radiología, laboratorio y las especialidades médicas y quirúrgicas precisas para el desarrollo de la actividad hospitalaria básica.

Propiedad de ASISA, el centro presta asistencia sanitaria multidisciplinar a sus más de 337.000 asegurados en Madrid. Asimismo, es centro de referencia nacional para aquellos pacientes del resto del estado español que precisan asistencia en un centro hospitalario de tercer nivel.

Desde el inicio el Hospital Moncloa ha apostado por la calidad asistencial como meta y por la tecnología como principal aliada para alcanzar esa meta. El centro culminó con éxito hace varios años su completa informatización y, actualmente, continúa apostando por incorporar modernos equipos de radiología, ha digitalizado las técnicas de imagen y, además, cuenta con un servicio de telerradiología en contacto permanente con otros centros de imagen avanzada.

Los servicios y unidades del centro cuentan con la más avanzada tecnología destacando los casos del servicio de Cardiología Intervencionista y la Unidad de Hemodinámica, el Laboratorio de Electrofisiología Cardiaca y la Unidad de Arritmias, la Unidad de Cuidados Intensivos y el Área de Oncología. Asimismo, el centro sanitario cuenta con un completo cuadro de mando que permite centralizar en formato web los resultados del hospital y hacer un análisis profundo y detallado, así como interaccionar con los periodos de análisis y elegir diferentes opciones para la comparación de los datos asistenciales.

VALORES AÑADIDOS: SERVICIOS NO ASISTENCIALES

En el Hospital Moncloa la permanente orientación a la mejora continua ha permitido revisar otros servicios no asistenciales como son la gestión de la logística hospitalaria y la hostelería. Mediante la implantación de los carros de gestión de material fungible que ha desarrollado la empresa española Cogesa Logística para el Hospital se han podido eliminar los almacenes periféricos de las unidades de enfermería, reduciendo espacio de almacenamiento; controlar en tiempo real exacto del material en *stock*; controlar el coste por unidad asistencial; facturar e imputar el material consumido adecuadamente; optimizar procesos de suministros y eliminar las posibles rupturas de *stock*, caducidades, etcétera.

Los carros de material fungible son unidades de gestión independientes que se comunican a través de tecnología wifi con una unidad central de gestión. La unidad central de gestión está externalizada y accede de forma remota en cada momento al estado de cada carro que envía informes sobre el *stock* de material, así como las alarmas oportunas al alcanzar los umbrales establecidos en función de la demanda estimada de material.

PRINCIPALES RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Tomografía computarizada helicoidal
- Tomografía computarizada 64 cortes
- TAC cardiaco
- Resonancias magnéticas
- Equipos de radiología portátil
- Arco quirúrgico de neurocirugía y dolor
- Arco quirúrgico de radiología vascular intervencionista y hemodinamia
- Arco quirúrgico de electrofisiología cardiaca
- Arco quirúrgico de cirugía cardiaca, neurocirugía y cirugía vascular
- Telemando digital
- Radiología convencional
- Mamógrafo (LDP)
- Ortopantomógrafo

Gestión con perspectiva médica

PASADOS 20 AÑOS DESDE SU FUNDACIÓN, HM HOSPITALES GESTIONA ACTUALMENTE EN LA COMUNIDAD DE MADRID CINCO CENTROS HOSPITALARIOS Y CINCO POLICLÍNICOS.

HM Hospitales fue fundado en 1989 por el cirujano Juan Abarca Campal, su actual presidente y consejero delegado, con la finalidad de poner en práctica una visión de la sanidad muy concreta. Esa visión se define por un concepto de "buena medicina" que elimina toda posible barrera entre el médico y su paciente.

La filosofía asistencial del grupo se estructura en torno a una serie de ideas básicas entre las que destaca, por ejemplo, la de que por encima del hecho de que un hospital privado sea una empresa muy compleja, es, ante todo y sobre todo, una empresa sanitaria, por lo que en HM Hospitales consideran que solo puede estar gestionada adecuadamente por médicos clínicos que, como tal, hayan vivido muchos años de hospital. Obviamente, esos médicos han de ser, además, buenos gestores. Asimismo, el grupo considera que los médicos asistenciales deben ser copropietarios del centro privado en el que trabajan. Eso sí, siempre manteniendo el equilibrio de la propiedad del hospital que ha de pertenecer a los médicos que trabajan en él, pero también a otras personas y entidades, profesionales, empresarios, etcétera que analicen y consideren el centro desde otros puntos de vista, como posibles usuarios y como accionistas que esperan una buena gestión y una rentabilidad de su inversión.

El otro pilar sobre el que se erige el modelo de gestión de HM Hospitales es la libertad de actuación del profesional a la hora de ejercer. Para ello, consideran que es necesario que disponga de libertad para poder realizar los estudios diagnósticos y los tratamientos que considere necesarios, sin interferencias, presiones o limitaciones ajenas a la relación médico-enfermo.

> El modelo de gestión creado por HM Hospitales se basa en un sistema de gestión integral documental

Todo este conjunto ideológico se apoya en criterios de excelencia profesional y en la innovación tecnológica para ofrecer la mejor calidad asistencial posible. Desde el punto de vista funcional, el modelo de gestión creado por HM Hospitales se basa en un sistema de gestión integral documental, estructurado en procedimientos y protocolos, que alcanza a todos los servicios y departamentos de la empresa y está definido en conformidad con la normativa DIN-EN-ISO 9001:2008.

CENTROS HOSPITALARIOS DE HM HOSPITALES

- **Hospital Universitario de Madrid:** Germen del Grupo HM Hospitales, cuenta con un cercano policlínico de consultas externas. El número de especialistas que realizan en el hospital toda su actividad profesional supera el centenar.
- **Hospital Universitario Montepríncipe:** En su día constituyó un reto para los más de 200 profesionales de la medicina y otros accionistas particulares que apostaron con decisión por una nueva concepción de la sanidad privada en España. Actualmente, unos 450 médicos trabajan en este centro. Acreditado según las normativas de calidad y medio ambiente, es el primer hospital español que obtiene el certificado ISO.
- **Hospital Universitario Madrid Torrelodones:** Inaugurado en 2004, cuenta con un policlínico de consultas externas y más de 350 profesionales médicos.
- **Hospital Universitario Madrid Sanchinarro:** Tiene cerca de 200 habitaciones individuales y alrededor de 470 profesionales, incluidos los del Centro Integral Oncológico Clara Campal, anexo al hospital. Ambos centros, que funcionan de manera integrada, fueron inaugurados en noviembre de 2007.
- **Hospital Nuevo Belén:** Antigua Clínica de Maternidad, adquirida el pasado mes de julio, cuenta con 53 habitaciones y 70 camas.

Proveedores

Protagonista: la eSalud

DESDE EL PRODUCTO *SELENE CLINIC*, DE SIEMENS, AL *CONTACT CENTER* DE INDRA, PASANDO POR LAS SOLUCIONES DE TELEFÓNICA, LA eSALUD SE CONVIERTE EN UN EJE VITAL PARA LA ASISTENCIA SANITARIA DE CALIDAD.

El uso de la tecnología es una necesidad indispensable en la sanidad, no solo para mejorar los procesos asistenciales y organizativos, sino también como herramienta anticrisis, de ahorro y de apuesta de futuro. En tecnología pura y dura, es decir, los aparatos (resonancias magnéticas, TAC, aceleradores lineales, etcétera), la Comunidad de Madrid no tiene preferencia por un proveedor determinado, sino que emplea equipamiento de los principales fabricantes.

Es en las tecnologías de la información y comunicación (TIC) donde las preferencias son más evidentes. En ese sentido, la Consejería de Sanidad se halla inmersa en importantes desarrollos y proyectos tecnológicos a cargo de un buen número de empresas. El total de proveedores de servicios y productos TIC se eleva a 56. Destacamos las principales.

- **Siemens.** Su producto sanitario estrella es *Selene Clinic*, líder en el sector. Se trata de una plataforma en la que el concepto de proceso asistencial adquiere una nueva dimensión. Abarca todos los ámbitos de la red integrada de salud. Está orientada hacia el problema, lo que permite combinar el proceso del gestor y el del clínico. No obstante, la visión del paciente como parte central del proceso da como resultado la unificación en una sola plataforma de las funciones de la Atención Primaria y la especializada. Dichas funciones pueden combinarse –operando como un flujo de área única y transparente a los usuarios– o bien trabajar como productos independientes.

Además Selene va más allá del paciente y asegura que el sistema de información es capaz de llegar a los ciudadanos, incluyendo funciones específicas para los trabajadores y gestores de servicios sociales.

Los hospitales madrileños pioneros en implantar la plataforma Selene fueron los de Alcorcón y Fuenlabrada; luego se añadieron los centros Doctor R. Lafora, y los de

SERVICIOS DE eSALUD

La Unidad Global eHealth, creada por Telefónica, ofrece productos y desarrollos basados en unas infraestructuras comunes de telecomunicaciones (ICT), sacados del centro de I+D de Salud que Telefónica tiene en Granada.

- **Telemedicina.** Entre las iniciativas se encuentran: los servicios de monitorización de enfermos crónicos y atención hospitalaria después de la intervención quirúrgica.
- **Telerrehabilitación.** Tanto de operaciones de rodilla como operaciones cardiacas. En este servicio el paciente realiza un tratamiento mixto entre el hospital y su domicilio.
- **Teleasistencia.** Se ofrece una serie de herramientas para poder ayudar y mejorar la vida de las personas con discapacidad o las personas mayores. Existe la teleasistencia en casa (fija) donde en cualquier momento de emergencia el paciente puede presionar un botón de pánico personal y activar la comunicación con el centro de coordinación.
- **Colabor@.** Es una herramienta pionera en el mundo que permite a un médico compartir cualquier tipo de resultado médico de manera remota con otros colegas en tiempo real, ya sean resonancias, TAC, electrocardiogramas o cualquier vídeo o fotos de resultados médicos.

Guadarrama y Fuenfría. Los de Aranjuez, Arganda, Coslada, Majadahonda (Puerta de Hierro), Parla y San Sebastián de los Reyes se unieron posteriormente. Además, Siemens tiene implantados todos los sistemas de información de la Unidad Central de Radiodiagnóstico con tecnología RIS/PACS.

Telefónica. Proveedor mayoritario de comunicaciones en buena parte de las comunidades autónomas, entre ellas la de Madrid, se adjudicó a finales del año pasado la puesta en marcha del CESEAS-CERT, un centro de soporte especializado en el área de seguridad de sistemas y tecnologías de la información del Servicio Madrileño de Salud. Dicho centro se configura como un "instrumento de prevención, detección, respuesta a amenazas e incidentes de seguridad". El importe del contrato, que tiene una duración de 24 meses, asciende a un montante total de 1,2 millones de euros.

A ello hay que añadir, entre otros proyectos, la externalización del servicio de gestión y mantenimiento de puestos informáticos, incluyendo las instalaciones de wifi, del Centro de Actividades Ambulatorias del Hospital 12 de Octubre. La adjudicación se le otorgó el pasado mes de abril por 1,5 millones de euros y una duración de cuatro años.

Con todo, la importancia de Telefónica en el sector sanitario no viene dada por la tecnología que actualmente tiene desplegada, sino porque será un jugador importante en salud en los próximos años. A tal fin, ha creado recientemente una Unidad Global eHealth y un centro de I+D en Salud en Granada. En esta ciudad, la operadora ya constituyó en 2005 (primera empresa europea en hacerlo) un departamento de I+D específico: el Living Lab, especializado en salud electrónica y cuidados asistenciales basado en las tecnologías (TIC).

Hewlett-Packard. Tiene implantado su sistema de información HP-HIS en los hospitales públicos que no disponen de la plataforma *Selene* de Siemens. Como dicho producto es de primera generación (lo lanzó en tiempos del Insalud), ahora lo está sustituyendo por el modelo HP-HCIS, proceso que ha comenzado en el Hospital Gregorio Marañón.

Indra. Su producto informático para hospitales lo adoptó Capio Salud para sus centros y, por tanto, está en la Fundación Jiménez Díaz, y estará en el nuevo hospital de Móstoles, gestionado por Capio. Además, Indra implantó y opera el *contact center* de atención a la libre elección de especialista, denominado CAP (Centro de Atención al Paciente).

PwC. Cuenta con una oficina de proyectos que está a cargo de todos los sistemas de información en explotación (los que no se consideran nuevos proyectos) para la gestión de su mantenimiento y evolución.

GRUPO ALENTIS
Grupo Fundosa

por el bienestar de las personas

Servicios Especializados:
Conocemos el sector, conocemos las soluciones

- Limpieza e higiene hospitalaria.
- Gestión integral de residuos y esterilización.
- Servicios integrales de lavandería y gestión textil.
- Renting y lavado de uniformidad laboral.
- Mantenimiento de instalaciones.
- Seguridad Integral, planes de emergencia y servicios auxiliares.
- Gestión documental, digitalización de expedientes, unificación y custodia de historiales
- Servicios directos de atención al paciente.
- Servicios sanitarios específicos: Gestión de centros de día y mayores, ortopedia, ayuda a domicilio y teleasistencia.
- Tiendas de conveniencia.
- Accesibilidad global de entornos físicos y tecnológicos.
- Alojamiento, incentivos, congresos y reuniones.

www.alentis.es
www.grupofundosa.es
e-mail: servicioshospitalarios@once.es
Teléfono: 91 305 24 23

Tecnología centrada en el paciente

INNOVAR ES A LA VEZ PUNTO DE PARTIDA Y META PARA GENERAL ELECTRIC HEALTHCARE. LA COMPAÑÍA CUENTA CON UN GRAN NÚMERO DE RECURSOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID QUE HACEN POSIBLE EL RETO DE CONTINUAR MEJORANDO.

La apuesta por la innovación de GE Healthcare abarca diferentes campos entre los que destacan la oncología, la cardiología y la neurología, así como la investigación biomédica. En cada uno de esos campos la compañía pone especial énfasis en ofrecer tecnologías sanitarias, sistemas de información, productos y servicios que puedan aportar mejoras productivas, de calidad y de acceso, así como reducción de costes directos o indirectos.

Un buen reflejo de esa política es la iniciativa corporativa *Healthymagination*, compromiso que se puso en marcha a nivel global en 2009 y que busca ayudar a los sistemas sanitarios a resolver los problemas y retos esenciales, especialmente en lo que respecta al acceso a una sanidad de calidad y asequible. En este campo, resulta ejemplar el *Challenge Healthymagination en Oncología,* con un fondo de mil millones de dólares que se destinan a las mejores ideas y proyectos en ese campo.

Actualmente, está abierta la convocatoria para un nuevo *Challenge Healthymagination*, esta vez focalizado en el cáncer de mama y al que se destinan 100 millones de dólares.

Vscan

Dos de los 25 productos desarrollados bajo la iniciativa de *Healthymagination* ya están siendo utilizados en el Hospital Clínico San Carlos, mostrando los primeros resultados de cómo una tecnología permite mejorar el cuidado de la salud, reduciendo costes y mejorando la eficiencia. Se trata del estetoscopio visual Vscan y del equipo de tomografía computerizada Optima CT660.

El Vscan es, tal y como explica, José Luis Zamorano, director del Instituto Cardiovascular de dicho hospital, "un moderno equipo de ecografía que tiene unas dimensiones minúsculas, con un tamaño total que no es superior al de un teléfono móvil". Y añade Zamorano: "en definitiva, en nuestro estudio hemos comprobado como el sistema de ecografía miniaturizado aporta un valor clínico añadido al examen físico convencional, aumentando el número de diagnósticos de enfermedades cardiovasculares un 25 por ciento, reduciendo el número de ecocardiografías completas innecesarias un 50 por ciento y elevando la resolución de las consultas ambulatorias de cardiología".

Optima CT 660

Otro producto resultado de esta iniciativa y que además incorpora el resultado de una de las líneas estratégicas de GE Healthcare, "mejor calidad diagnóstica con la menor dosis al paciente" es el Optima CT660. Este equipo que ofrece alta resolución y calidad de imagen (128 cortes) aporta importantes ventajas a los pacientes (reduciendo el tiempo de exposición y el nivel de radiación hasta un 40 por ciento), a los profesionales (aportando una mayor calidad de imagen) y al medio ambiente (porque reduce el consumo de energía y emisiones de CO_2 más del 60 por ciento).

En esa misma línea de mejora de calidad diagnostica, se sitúa la RM abierta de alto campo 1,5T Optima MR430s,

que aporta mayor comodidad –la prueba se realiza con el paciente sentado en sillón ergonómico–, eficiencia y productividad. Su rapidez reduce el tiempo de exploración y sus dimensiones los costes de implantación. Para Mario Padrón, jefe del Servicio de Radiodiagnóstico de la Clínica Cemtro, primer centro en España que incorporó esta tecnología, "este aparato de GE Healthcare es un salto adelante en la RM, y abre el camino de los nuevos equipos de RM especializados". "El tamaño compacto", añade, "reduce los costes sanitarios en comparación con un sistema de RM de cuerpo entero. No solo se mejora la accesibilidad y se ahorra en el emplazamiento del equipo y en su instalación, sino que la comodidad y rapidez de actuación que permite hace más eficiente nuestra actuación. Los beneficios son múltiples, y llegan tanto al paciente como al propio profesional y a los gestores sanitarios."

APOSTANDO POR LA INNOVACIÓN Y EL DESARROLLO

En la Comunidad de Madrid se encuentran algunos de los centros de referencia a nivel internacional que están colaborando con GE Healthcare y que disponen tanto de las últimas herramientas como de tecnología exclusiva que permiten ayudar en el desarrollo de nuevos modelos diagnósticos. Un ejemplo es el proyecto de colaboración suscrito con el Hospital Universitario de Fuenlabrada y el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Gracias a ese proyecto HUF-CNIO se convierte en un centro de referencia contra el cáncer en el que unos 1.500 pacientes por año tendrán acceso a los últimos avances en diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Como *partner* tecnológico, y dentro de este innovador proyecto, GE ha proporcionado los últimos desarrollos en tecnología PET-CT y RM 3T,en sistemas de comunicación y acceso web –Dexus– y en formación y soporte a la investigación, de manera que el principal objetivo de este proyecto, el traslado del conocimiento científico (básico y preclínico) a la práctica clínica, sea una realidad.

Antonio López, coordinador por parte de CNIO de este proyecto, explicaba que el PET-CT de GE Healthcare destaca sobre todo por la gran calidad de su *software*: "lo que se evalúa con el PET-CT es una serie de imágenes que dependiendo de su nitidez dan más o menos información. En este caso el procesamiento de las imágenes es muy potente y permite obtener una gran nitidez, lo que se traduce en diagnósticos más precisos y rápidos".

Sin abandonar el área oncológica, pero ya centrado en concreto en el cáncer de mama, Madrid dispone de una innovadora técnica llamada mamografía por contraste (CESM, por sus siglas en inglés) en el Hospital de Alcalá que aumenta sensiblemente la capacidad de detección y diagnóstico de lesiones en la mama. Tal y como explica

Vicente Martínez, jefe de Diagnóstico por Imagen del Hospital Quirón de Madrid con los participantes de una de las ediciones del Doctor to Doctor.

de Madrid es la Unidad Central de Radiodiagnóstico (UCR). Eduardo Fraile, director técnico de esta Unidad, explica: "En la UCR tenemos seis hospitales en red y las seis resonancias están conectadas. En los últimos meses hemos validado el sistema de formación *on line* Appslinq que permite consultar cualquier duda técnica al momento. Si el doctor tiene un problema al obtener la imagen RM, se conecta *on line* con un técnico que por asistencia remota le puede ayudar a resolver el problema". Además de ofrecer soporte técnico, añade Fraile, "el mismo sistema permite hacer charlas de formación *on line*, sin salir del hospital y con la misma máquina que usas en el día a día".

COMPROMETIDOS CON LA SALUD: FORMACIÓN Y SOPORTE

GE Healthcare cuenta con un gran número de recursos en la Comunidad de Madrid: especialistas de instalaciones, ingenieros de servicio, especialistas de producto y de aplicaciones. Este alto número de recursos junto con su elevada especialización es lo que le permitió ejecutar en 2007, en un tiempo récord de cuatro meses, la instalación y puesta en marcha en los siete nuevos hospitales de la Comunidad de una amplia dotación tecnológica que incluye siete resonancias magnéticas, 40 salas de radiología digital, 10 mamógrafos, 21 radioquirúrgicos y 15 ecógrafos.
Pero el factor diferencial de GE Healthcare lo aporta su visión holística de los proyectos en los que se embarca y, por supuesto, el factor humano: su capacidad para ir más allá del aporte tecnológico y ser capaz de acompañar a los doctores en su día a día, ofreciéndoles el soporte y la formación continuada que les permita agilizar los temas de gestión y ofrecer la mejor asistencia posible al paciente.
Por eso, la formación es uno de los pilares estratégicos de la empresa como lo demuestran los cursos de actualización Doctor to Doctor que la empresa organiza periódicamente. Asimismo, es destacable el servicio denominado Appslinq que ofrece formación continua *on line* a los usuarios de tecnología GE. Un caso paradigmático de la Comunidad

web de
la salud.es

Pensando
en su
paciente

www.webdelasalud.es

José Luis Cárdenas, del Servicio de Radiodiagnóstico del hospital, esta nueva tecnología "resuelve muchos casos dudosos y permite ofrecer un diagnóstico más seguro".

En la misma línea se expresa, Vicente Martínez de Vega, jefe de Diagnóstico por Imagen del Hospital Quirón de Madrid, para quien la tecnología que aporta GE Healthcare "está muy evolucionada, de manera que permite hacer estudios con mayor resolución y detectar lesiones cada vez más pequeñas propiciando así diagnósticos más precisos". El Hospital Quirón, que cuenta con dos equipos de resonancia magnética y está a punto de instalar un tercero, es centro de referencia europeo de la empresa en el campo de resonancia magnética de mama, mantiene acuerdos de investigación y validación de nuevas secuencias con esta compañía a nivel mundial y organiza

En la Comunidad de Madrid se encuentran algunos de los centros de referencia a nivel internacional que están colaborando con GE Healthcare

cursos de formación avanzada para usuarios europeos.

En el campo de la neurociencias, GE Healthcare participa en un proyecto piloto desarrollado por el Grupo de Demencia de la CAM (DEMCAM) con la colaboración de la Fundación Reina Sofía-Fundación Cien y la Fundación Eulen. Juan Álvarez-Linera, coordinador del proyecto y jefe del Servicio de Neurorradiología del Hospital Ruber Internacional, subrayó que la imagen tiene un "papel fundamental" en el diagnóstico del Alzheimer antes de la fase de demencia y que la resonancia magnética va a ser una de las "herramientas más preparadas" en este ámbito. Según el estudio resultado de ese proyecto, gracias a la Signa RM3T se han obtenido imágenes estructurales con mayor definición y contraste en pacientes con Alzhéimer y su desarrollo contribuirá, junto con la automatización de los procesos de cuantificación y análisis propios de la inteligencia artificial, al diagnóstico precoz antes del estadio de demencia que es la fase donde actualmente se realiza el diagnóstico.

Cardiología es otra de las especialidades en las que GE Healthcare incide especialmente. Así, en 2008 la compañía colaboró con varios ayuntamientos de la comunidad y desde 2009 participa cada año en una iniciativa de sensibilización de la Fundación Española del Corazón (FEC), donde, a través de la ecografía de carótida con equipos de ultrasonidos compactos, se pretendía mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular tradicional y la detección precoz de dicha enfermedad de origen aterotrombótico al detectar presencia o no de placas de ateroma en las arterias carótidas.

Especialistas en terapia domiciliaria

CUARENTA AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES Y GESTIÓN DE LAS TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS AVALAN A OXIMESA.

Cuando Oximesa nació en el año 1966 limitaba sus servicios a la oxigenoterapia domiciliaria por medio de cilindros de gas a presión, conocida coloquialmente como "botella de oxígeno". Desde entonces, la empresa ha logrado situarse en lo más alto del *ranking* de proveedores de terapias respiratorias domiciliarias. Un paso fundamental en esa evolución fue la integración, a principios de la década de los noventa, en el grupo multinacional gasista Praxair. La nueva organización de la compañía permitiría aumentar sensiblemente los medios necesarios (humanos y técnicos) para la fabricación, envasado y distribución de especialidades farmacéuticas tanto en estado gaseoso como líquido.

A lo largo de sus 45 años de historia, Oximesa ha ido incrementando sus funciones en el ámbito de la atención domiciliaria. A los tratamientos con oxigenoterapia domiciliaria se han sumado tratamientos ventilatorios destinados al cuidado de la apnea obstructiva del sueño, nebulización de medicamentos, la ventilación mecánica (tanto la invasiva como no invasiva) y el cuidado de enfermedades neuromusculares con afectación respiratoria, como es el caso de la esclerosis lateral amiotrófica. En la actualidad, trabaja en proyectos innovadores de telemonitorización y telemedicina que puedan ser de aplicación en el control de las patologías tratadas a los pacientes de la compañía. El seguimiento constante del estado de salud por medio de parámetros definidos por el médico prescriptor disminuye el número de ingresos hospitalarios y las agudizaciones de los pacientes, permitiendo reducir el coste sanitario por paciente al evitar ingresos innecesarios o visitas a urgencias evitables.

> **Oximesa colabora con el Plan en EPOC y apoyo al Plan de Atención a Pacientes Crónicos de la Comunidad de Madrid**

La innovación también afecta a la calidad de los dispositivos empleados en la prestación de los servicios. Anualmente son presentados en la compañía todas las novedades en cuanto al tratamiento de enfermedades respiratorias domiciliarias.

Oximesa dispone de una amplia red de delegaciones, repartidas por toda España, que aseguran el suministro de oxígeno y la prestación de cualquier servicio demandado por el paciente en cualquier punto y a cualquier hora del día, disponiendo de un servicio de atención al paciente durante 24 horas, todos los días del año.

Respecto a su presencia en la Comunidad de Madrid, la empresa se considera un *partner* del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) con capacidad de respuesta y orientación hacia las líneas estratégicas del mismo. Buena prueba de ello es la colaboración activa en el Plan en EPOC y apoyo al Plan de Atención a Pacientes Crónicos de la Comunidad de Madrid tanto en la reorientación de recursos destinados a patologías que implican un gasto sanitario a tener en cuenta, como impulsando políticas de promoción sanitaria, prevención primaria, prevención secundaria (incluido el diagnóstico precoz), tratamiento y cuidados de enfermedades crónicas centradas en el paciente, con la colaboración de los profesionales, los pacientes y las asociaciones de pacientes.

Ignacio Tremiño Gómez, director corporativo de Desarrollo de Negocio de CEOSA y FUNDOSA

"Para nuestras empresas el sector sociosanitario es fundamental"

PREGUNTA. ¿Cuándo se puso en marcha Fundosa y con qué objetivos?
RESPUESTA. En 1989, un año después de la creación de la Fundación ONCE, la situación de las personas con discapacidad en España presentaba unos indicadores preocupantes en cuanto a actividad y desempleo. Es en ese momento y ante esa problemática cuando la Fundación ONCE crea un grupo de empresas, Grupo Fundosa, que tiene como misión servir de instrumento para generar y gestionar directamente puestos de trabajo para personas con discapacidad, conjugando para ello la rentabilidad económica con la rentabilidad social.

P. ¿Con cuántas empresas trabajan y cuántas personas emplean?
R. El Grupo Fundosa cuenta con 36 filiales y 23 sociedades participadas, tres de las cuales son comunes con CEOSA, la corporación empresarial de ONCE. En la última década nuestra plantilla se ha multiplicado por tres y, a día de hoy, supera ya los 17.000 trabajadores. Hombres y mujeres (aproximadamente un 70 por ciento con discapacidad), repartidos en más de 300 centros de trabajo de los que la mitad son Centros Especiales de Empleo.

P. ¿Qué papel le atribuye a Fundosa en el entramado sanitario madrileño?
R. Para Fundosa, el sector sociosanitario ha sido y es una parte fundamental del negocio que generan nuestras empresas. De hecho, en 2010 la facturación realizada por nuestras empresas con clientes pertenecientes al sector sociosanitario en toda España ascendió a una cuantía cercana a los 50 millones de euros, suponiendo en empresas como Flisa Lavandería Industrial más de un 45 por ciento de su facturación total. En lo que se refiere a la sanidad madrileña en particular, gozamos de un buen posicionamiento comercial y una sólida reputación alcanzados gracias a la profesionalidad de nuestros trabajadores y a la fuerte inversión realizada en I+D+i.

P. ¿Cómo nace y qué se pretende lograr con el proyecto Personalia?
R. Personalia es una empresa perteneciente al grupo Fundosa que se dedica a la prestación de servicios a personas mayores y en situación de dependencia. Con catorce centros –entre residencias y centros de día–, nuestra meta es seguir trabajando para continuar creando puestos de trabajo en el sector de la discapacidad, a través de la asistencia a numerosas personas en situación de dependencia.

P. ¿Tiene otros proyectos, ya en marcha o previstos, centrados específicamente en el ámbito sanitario?
R. Uno de los pilares de la estrategia de crecimiento en ventas del Grupo Fundosa a medio plazo se basará en reforzar su presencia en la administración pública con acciones que permitan aumentar su posicionamiento, orientándose principalmente hacia el sector sociosanitario.

P. ¿Cuáles son las previsiones de futuro de la Fundación y de Fundosa?
R. La Fundación ONCE quiere seguir siendo la entidad que más empleo ayuda a crear para personas con discapacidad en España. En el año 2010 hemos creado 6.800 empleos y plazas ocupacionales para personas con discapacidad, y el acumulado desde el año 88 es de más de 85.000.

Con Fundosa el objetivo es seguir creando empleo manteniendo cada vez mejores niveles de rentabilidad económica para seguir reinvirtiéndolos. El reto es explorar y analizar concienzudamente en qué sectores podemos desembarcar – por su viabilidad económica a medio y largo plazo y por su afinidad para contratar a personas con discapacidad- y tratar de crecer al máximo y de ser muy competitivos en los que estamos ya bien posicionados.

Miguel Ángel Hernando, director comercial de la Zona Centro de Carestream Health

"Queremos ayudar a nuestros clientes a ofrecer un servicio inmejorable"

PREGUNTA. ¿Qué papel ocupa Carestream en el entorno de la sanidad madrileña?

RESPUESTA. Carestream Health siempre ha sido uno de los principales proveedores de la sanidad madrileña en el campo del diagnóstico por imagen. Recientemente, hemos introducido en el Hospital La Princesa y en el Hospital Gómez-Ulla, dos de los principales hospitales públicos de Madrid, el novedoso detector inalámbrico de radiología digital directa, el DRX-1, que permite pasar de una sala convencional a una digital en tan solo unas horas y a un coste que representa una tercera parte de lo que supone una sala de radiología digital completa. Además, su modularidad y flexibilidad de uso en otros equipos de la familia DRX, garantiza un sólido retorno de la inversión al cliente, lo que le hace ser actualmente uno de los productos más exitosos del mercado sanitario.

En cuanto a la sanidad privada, trabajamos con grandes grupos tales como Quirón, Adeslas, Asisa, Ruber, en la implementación de sus soluciones de tecnología de información, más concretamente en el *software* de gestión y distribución de imágenes (PACS) que permite acceder a imágenes de alta resolución para hacer un seguimiento de los diagnósticos, sin necesidad de recurrir a las radiografías tradicionales, evitando la repetición de exámenes, y reduciendo el consumo de la película radiográfica, así como del papel.

Además, el recién inaugurado Hospital de Torrejón de Ardoz también ha optado por la solución avanzada PACS de Carestream.

P. ¿Qué proyectos están desarrollando en colaboración con otros agentes de la sanidad madrileña?

R. Tenemos actualmente distintos proyectos innovadores en fase de desarrollo tanto en la parte pública como en la privada. Por ejemplo, estamos preparando un proyecto ambicioso de Health IT con los agentes de la sanidad pública, que ayudará a estandarizar procesos y a optimizar los recursos existentes, aportando resultados importantes en el cuidado al paciente, pero de momento no podemos adelantar más detalles.

P. ¿Qué cree que puede aportar la industria al sector sanitario más allá de su papel como proveedor?

R. Carestream se posiciona como un socio tecnológico de los agentes sanitarios –no solo en cuanto a dotar a las instituciones de la más alta tecnología ofreciendo consecuentemente un diagnóstico más fiable y una mejor atención al paciente, también en cuanto a la optimización de la inversión de nuestros clientes, que les permitirá garantizar un excelente desempeño de cara a los pacientes y según los indicadores competitivos del entorno. Queremos colaborar como consultores y ayudar a nuestros clientes a ofrecer un servicio inmejorable.

P. ¿Qué evolución prevé a corto-medio plazo para Carestream?

R. Contamos hoy en día con uno de los porfolios de soluciones digitales más completos e innovadores en el ámbito de la imagen médica, optimizando la inversión de nuestros clientes, ayudando a la prestación de la atención sanitaria y mejorando la experiencia del paciente. Además, hemos adquirido recientemente la empresa norteamericana Quantum Medical Imaging. Con esta adquisición ampliamos nuestro catálogo de soluciones, dando así una mejor respuesta a nuestros clientes y consolidando nuestro liderazgo en el mercado de diagnóstico por imagen.

Institutos de investigación acreditados

A la vanguardia de la I+D biomédica

CON CINCO INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN ACREDITADOS, EN MADRID SE INICIARON EN 2010 MÁS DE 600 PROYECTOS DE I+D.

Los institutos de investigación sanitaria acreditados (trece hasta ahora en España) son una pieza clave del nuevo impulso de la biomedicina española, que pretende acelerar la aplicación clínica de la investigación básica, o sea, hacer realidad la investigación traslacional. Y representan "un gran paso para la investigación médica en nuestro país y un hito en el proceso de modernización de nuestras estructuras de investigación", según la ministra de Ciencia e Innovación, Cristina Garmendia.

En ese sentido, la Comunidad de Madrid se ha colocado a la vanguardia de la investigación biomédica. El año pasado se iniciaron más de 600 nuevos proyectos de investigación y se firmaron más de 900 nuevos contratos de ensayos clínicos en los que participan más de 1.200 profesionales sanitarios. Ello es posible, sobre todo, gracias a los cinco institutos de investigación sanitaria acreditados (los hospitales de La Paz, La Princesa, 12 de Octubre, Ramón y Cajal y Fundación Jiménez Díaz) y a otros dos más que se prepararan para ello: Hospital Gregorio Marañón y el Clínico San Carlos.

Con la acreditación de institutos de investigación, que cuentan con la colaboración de universidades y organismos y entidades públicos y privados, empresas incluidas, se pretende "aumentar la eficiencia en la utilización de los recursos humanos y materiales destinados a la investigación, incrementar la capacidad competitiva y, por tanto, de captación de fondos para la investigación a nivel regional, nacional y europeo", en palabras de Elena Andradas Aragonés, directora del Área de Investigación y Estudios Sanitarios de la Agencia Laín Entralgo. He aquí su breve historia:

- **La Paz (www.idipaz.es).** El primero en recibir la acreditación como instituto de investigación sanitaria en mayo de 2010. Cuenta con medio centenar de grupos de investigación adscritos a seis grandes áreas: Neurociencias, Cardiovascular, Enfermedades infecciosas e inmunidad, Patología de grandes sistemas, Oncología y genética molecular, y Cirugía y tecnología para la salud. El pasado verano licenció dos instrumentos médico-

quirúrgicos simultáneamente: un bolígrafo de sutura y una bolsa de laparoscopia, que se comercializarán el próximo año. Está dirigido por Francisco García Río, neumólogo y profesor titular de la Universidad Autónoma de Madrid.

- **La Princesa (www.iis-princesa.org).** Incluye 48 grupos de trabajo diferentes en los que se integran más de 400 trabajadores. Sus áreas de investigación son tres: Procesos inflamatorios, Enfermedades neuropsiquiátricas (neurocirugía en la epilepsia y enfermedades cerebrovasculares, entre otras) y Terapias avanzadas y medicina individualizada, donde se investigan los avances en enfermedades cardiovasculares. Su director es Francisco Sánchez Madrid, catedrático de Inmunología y jefe del Servicio de la especialidad en este hospital.
- **12 de Octubre (www.imas12.es).** Fue creado en diciembre de 2009. Los investigadores con los que cuenta se distribuyen en ocho áreas: Cáncer, Enfermedades crónicas y patologías sistémicas, Enfermedades raras y de base genética, Epidemiología y evaluación de las tecnologías y servicios sanitarios, Trasplantes, ingeniería de tejidos y medicina regenerativa, Enfermedades inflamatorias y trastornos inmunitarios, Enfermedades infecciosas y Sida y Neurociencias y salud mental. Actualmente, un equipo de 20 profesionales desarrolla 11 proyectos de investigación centrados en enfermedades raras mitocondriales y neuromusculares, con una dotación superior a 1,2 millones de euros. Su director es el alergólogo Jesús Fernández Crespo.
- **Ramón y Cajal (www.irycis.org).** Constituido en diciembre de 2009, cuenta con cuatro áreas prioritarias de investigación: Neurociencias y órganos de los sentidos, Microbiología, inmunología e infección, Patología de sistemas y cáncer y Epidemiología clínica. En ellas trabajan unas 400 personas, repartidas en 22 grandes grupos de investigación. Esos grupos, según su *Plan Estratégico 2010-2014*, han logrado captar 31 millones de euros en los últimos cinco años, de los que cerca de un tercio proceden de fondos privados. El microbiólogo Fernando Baquero, jefe del Servicio de la especialidad, es el director.
- **Fundación Jiménez Díaz (www.fjd.es/instituto_investigacion/).** Primer instituto de investigación sanitaria privado acreditado en la Comunidad de Madrid. Trabaja en siete áreas: Cáncer, Enfermedades infecciosas, inflamatorias y crónicas, Genética y genómica, Neurociencias, Nutrición y enfermedades metabólicas, patología cardiovascular, renal e hipertensión y Tecnología e innovación sanitaria. Su directora es Carmen Ayuso García, jefa del Servicio de Genética.

SERVICIO INTEGRAL orden tecnología modernidad

La Unidad de Gestión de Material Sanitario, la alternativa más eficiente para la logística de los productos sanitarios del hospital

cogesa
LOGÍSTICA Y GESTIÓN SANITARIA

Luis Mora, director general de PharmaMar

"Industria y sector sanitario están condenados a entenderse"

PREGUNTA. ¿Cuáles han sido los principales logros de PharmaMar desde que inició su andadura?

RESPUESTA. En estos 25 años se ha conseguido, en 2007, la primera aprobación de un fármaco de origen marino, Yondelis, que es, además, la primera aprobación por una agencia Europea de un producto contra el cáncer de origen español. Se ha logrado así que los pacientes con un tipo de cáncer como el sarcoma de tejidos blandos tengan una nueva alternativa terapéutica, ya que desde hacía 30 años no había ninguna nueva aportación contra esa enfermedad. Asimismo, en 2009, se consiguió la segunda aprobación, esta vez contra el cáncer de ovario. Además en PharmaMar se ha construido la mayor librería de muestras marinas del mundo, más de 110.000, y la incorporación de seis productos contra el cáncer en diferentes fases de desarrollo clínico. Actualmente el empleo directo en PharmaMar es de 275 personas y el producto Yondelis se comercializa en toda Europa y a través de nuestros socios en 34 países fuera del espacio económico europeo.

> "Esperamos que en medio plazo nuevos productos se incorporen al mercado y otros nuevos inicien las fases clínicas"

P. ¿Cuál es la situación de PharmaMar en el conjunto de la sanidad madrileña?

R. En Madrid, además de que los pacientes tienen una nueva alternativa terapéutica para dos tipos de cáncer, como el sarcoma de tejidos blandos y el cáncer de ovario, estamos realizando multitud de ensayos clínicos con nuestros compuestos. Este hecho tiene dos efectos importantes, el primero recae sobre la investigación biomédica de la comunidad y el segundo es que pacientes que no tienen alternativas terapéuticas disponibles pueden acceder a nuevos fármacos en investigación.

P. Y, ¿qué planes tiene de cara al futuro, tanto en Madrid como en general?

R. Pensamos seguir manteniendo el grado de compromiso con las hospitales de Madrid tanto en la realización de ensayos clínicos como en la colaboración relativa a la información médica. La diferentes unidades de Fases I y II con las que actualmente cuenta la Comunidad de Madrid nos ofrecen una garantía de calidad y un grado de especialización muy altos, por lo que nuestros proyectos actuales y futuros tendrán en cuenta a estos hospitales.

En cuanto a nuestra perspectiva de futuro, nosotros en el año 2010 incrementamos la cifra de negocio y pensamos seguir así en 2011. Los diferentes productos de nuestra compañía que se encuentran en distintas fases de desarrollo están avanzando según lo previsto, por lo que esperamos que en medio plazo nuevos productos se incorporen al mercado y otros nuevos inicien las fases clínicas, ya que mantenemos nuestro compromiso con la investigación y desarrollo.

P. ¿Cómo ve la relación de la industria con el sector sanitario?

R. La industria forma parte del sistema de salud de un país, no es algo ajeno. Todos los fármacos, pruebas diagnósticas, material sanitario, etcétera son suministrados por la industria y esto es así porque detrás hay muchos años de investigación y una gran inversión no exenta de riesgo. Por lo tanto, la industria y el sector sanitario están condenados a entenderse. No obstante, las medidas que se están adoptando en España y en otros países de nuestro entorno están poniendo en peligro esta relación y que dentro de diez años tengamos nuevos fármacos, más eficaces y más seguros. Si a las medidas de ahorro sumamos en España los periodos de cobro y la dispersión que se produce en las comunidades autónomas, estamos poniendo en serio peligro la viabilidad del sector y por tanto al sector sanitario.

Madrid Network

Una red para el conocimiento

MADRID NETWORK ES UNA RED PÚBLICO-PRIVADA FORMADA POR MÁS DE 750 ASOCIADOS EN LA QUE PARTICIPAN GRANDES Y PEQUEÑAS EMPRESAS, CENTROS DE INVESTIGACIÓN, UNIVERSIDADES Y CENTROS TECNOLÓGICOS. CUENTA CON EL APOYO DE LA COMUNIDAD DE MADRID, LA CÁMARA DE COMERCIO Y LA CEIM.

Esta red nació con el objetivo de impulsar la innovación y posicionar a la economía madrileña entre las regiones más avanzadas del mundo. En su seno están presentes cuatro parques científico-tecnológicos y una docena de *clusters*, entre ellos uno de salud y bienestar y otro de biotecnología.

El *Cluster* de Biotecnología inició sus actividades en septiembre de 2007 y entre sus objetivos figuran: la promoción de Madrid como centro internacional biotecnológico, incrementar la competitividad de las empresas en el sector, coordinar todas las iniciativas a desarrollar entre los diferentes actores implicados, proporcionar un foro de debate y discusión para trasladar a la sociedad los beneficios de los resultados de investigación, y crear, participar o colaborar en otras entidades con actividades complementarias o afines a las del *cluster*.

En estos momentos, Madrid BioCluster tiene en marcha cuatro proyectos:

- **Biochem.** Pretende implementar y desarrollar un innovador *partenariado* europeo para la ecoinnovación en el sector de productos basados en la biotecnología, que contribuya a superar las barreras a las que se enfrenta la industria de productos biotecnológicos, debido a la falta de concienciación y conexión entre las empresas, tales como las de base tecnológica. Su presupuesto es de 4,25 millones de euros.
- **Ami-4Europe.** Imagen médica avanzada, multidisciplinar e integrada para todos los europeos a través de una red de *clusters* regionales y estrategias de desarrollo, es una propuesta promovida y coordinada por Madrid Network, con la colaboración del *Cluster* de

LAS BIOCIFRAS DE MADRID

- 400 empresas generan 24.000 puestos de trabajo directos.
- 700 personas trabajan a tiempo completo en el sector en tareas de I+D.
- El 83 por ciento de la inversión en I+D hecha por empresas de biotecnología en España.
- El 31,6 por ciento de las empresas dedicadas completamente a la biotecnología en España, cuya facturación alcanza los 515 millones de euros, el 62,8 por ciento del total.
- El 31 por ciento de publicaciones biomédicas y en ciencias de la salud.
- 5.000 investigadores en centros públicos de investigación y universidades de Madrid.
- Cada año, 300 nuevos doctores.
- Hay 75 centros hospitalarios con capacidad para más de 20.000 pacientes; de los que 25 son hospitales públicos con 12.002 camas y 299 quirófanos; 32 centros de especialidades y más de 250 centros de Atención Primaria.
- Unos 25.000 pacientes participan en más de 650 ensayos clínicos anuales.
- Más de 60.000 profesionales trabajan en los centros, de los que el 23 por ciento corresponden a personal facultativo y el 52 por ciento a personal sanitario no facultativo.

Biotecnología y del *Cluster* de Salud y Bienestar de la Comunidad de Madrid. Cuenta con un presupuesto de 3,226 millones de euros.

- **Term.** Se trata de unir organizaciones de investigación en los campos de ingeniería de tejidos y medicina regenerativa, mediante la cooperación entre clusters regionales a nivel europeo. Está liderado por el Polo de Competitividad Atlantic Biotherapies, de Nantes (Atlanpole), y participan como socios Madrid BioCluster y la Comunidad de Madrid. El presupuesto se aproxima a los 3,4 millones de euros.
- **Eurotransbio.** Se constituye como una iniciativa entre actores gubernamentales de financiación de la I+D+i de distintos países y regiones. Su objetivo se centra en los anticuerpos en la cardiomiopatía crónica como base para investigación de descubrimiento de biomarcadores que sirvan para la detección temprana en pacientes.

EXCELENCIA EN SALUD

El desarrollo económico, científico o tecnológico por sí solo no tiene valor si no se concibe dentro de un entorno de salud y bienestar. Por ello, en abril de 2007 se creó el *Cluster* Madrid Plataforma para la Salud y el Bienestar, donde se agrupan las principales empresas innovadoras del sector de la salud con actividad en la Comunidad de Madrid, centros de investigación, empresas de servicios, Administración y grupos de usuarios. Todos con un objetivo común: impulsar la excelencia empresarial.

En este *cluster* están presentes los subsectores de biofarmacéutica, aparatos médicos, educación y creación de conocimiento y servicios de salud. Y aborda cuatro objetivos básicos:

Impulsar la penetración de las TIC en el sector sanitario. Mediante la mejora de los procesos en los hospitales y su eficiencia; la promoción de la interconexión de los hospitales y la interoperabilidad de los sistemas, garantizando el acceso del personal sanitario a los sistemas a través de equipos informáticos portátiles y conexiones de banda ancha; la implementación del historial clínico electrónico y la instauración de la receta electrónica.

Impulsar la colaboración público-privada. Promoviendo proyectos en colaboración con las asociaciones profesionales para que toda la información generada por los usuarios esté en un formato digital que permita su interoperabilidad y la interconexión.

Constituirse como *antena*. Generando un observatorio de tendencias y soluciones TIC más innovadoras aplicadas al sector y difundiendo entre los socios este conocimiento de forma ágil y puntual.

Catalizar el proceso de convergencia de las prestaciones sociales y sanitarias. Implantando una prestación sanitaria distribuida apoyándose en la telemedicina (por ejemplo, desplazamiento de pruebas y no de pacientes y los resultados canalizados a través de las TIC), consultas médicas a distancia (videoconferencia), transmisión de resultados de pruebas autorrealizadas a través de teléfono móvil, etcétera; adaptando los entornos de atención a las necesidades mediante la implantación de nuevas tecnologías, por ejemplo, control de errantes a través de geolocalizadores y señal inalámbrica, uso de sensores y dispositivos portátiles para la medición de constantes y su monitorización a distancia, equipamientos de domótica, etcétera; y promoviendo una oferta de turismo médico en la que converjan servicios asistenciales-sociales-turismo-ocio, cuya accesibilidad internacional sea elevada, lo que podrá tener un efecto multiplicador en los servicios ofertados.

> Madrid cuenta con cinco institutos de investigación sanitaria acreditados y dos centros más se prepararan para unirse a la lista

Entre los proyectos en marcha figuran los siguientes: AMI-4, que pretende hacer de Madrid un centro de excelencia de la imagen médica.; CITEC-B, implica la creación de un centro de imagen médica; Maat, prediseño de espacio seguro *on line* al servicio de la investigación biomédica; Active, prediseño de la historia electrónica social y sanitaria; y telederma, prediseño del proyecto de implantación de una solución a medida de teledermatología.

CONGRESO DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

BILBAO'11

APTOS PARA EL TRABAJO, PERO ¿TRABAJO APTO PARA TODOS?

Palacio Euskalduna Jauregia

AZAROAren 17-18 NOVIEMBRE 2011

BILBAO

REUNIÓN INTERCONGRESOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Organizado por:

LAN MEDIKUNTZAREN EUSKAL ELKARTEA
SOCIEDAD VASCA DE MEDICINA DEL TRABAJO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Secretaría Técnica

DRUG FARMA CONGRESOS S.L. • Antonio López, 249,1º • 28041 Madrid
Tel. 91 792 13 65/91 792 20 32 • Fax: 91 500 20 75/91 500 17 93 • e-mail: lpanizo@drugfarmacongresos.com

Los jueves de Medical Economics

La Sanidad: ¿Motor o freno de la economía?

CÓMO CONSEGUIR MÁS INGRESOS Y DÓNDE RECORTAR EN SANIDAD FUERON LOS DOS TEMAS QUE CENTRARON EL ÚLTIMO DEBATE DE LOS JUEVES DE MEDICAL ECONOMICS, FORO DE ENCUENTRO QUE DIRIGE EL EX PRESIDENTE DE LA OMC GUILLERMO SIERRA.

Con la colaboración de

astellas Leading Light for Life · InstitutoRoche www.institutoroche.es · janssen · NOVARTIS · NUTRICIA Advanced Medical Nutrition

Revive el debate en www.medicaleconomics.es

La Sanidad como dinamizador

Manuel Pimentel

Ex ministro de Trabajo y Asuntos Sociales

En la Sanidad hay una realidad económica, pero también una concepción política, una idea, y eso es algo que hay que aprender a combinar". Así iniciaba Manuel Pimentel su intervención en el debate. El ex ministro contextualizaba la situación señalando que "España está deprimida y por eso ahora todo lo suyo es muy malo. Pero, lo cierto es que en un reciente informe realizado por ATKearney que prologué se llegaba a la conclusión de que el Sistema Nacional de Salud produce satisfacción, actúa como motor de redistribución del PIB y, por tanto, sí genera actividad".

Pimentel señaló además que el SNS "genera bienestar en la población lo cual se traduce en un incremento de la productividad". Y, en último lugar, quiso destacar el papel de las industrias farmacéuticas y los hospitales en algo que señaló como fundamental: la investigación. "La investigación hoy en día significa ir en vanguardia, es decir, patentes, productos que vender y que aplicar. Sanidad es igual a investigación e investigación es igual a competitividad". De manera que concluía: "Yo, por un triple motivo político, económico y social, creo que es irrefutable el hecho de que la Sanidad es un dinamizador". Eso sí, advertía: "De lo que no cabe duda es de que aquí vamos a tener que realizar un esfuerzo de adaptación, y que hay una cuestión de ingresos que obliga a proponer nuevas fórmulas financieras".

Guillermo Fernández Vara

Ex presidente de la Junta de Extremadura

Guillermo Fernández Vara comenzó explicando que "he tenido la suerte de ser médico y político", justamente las profesiones más y menos valoradas por la sociedad, para acto seguido afirmar que "la Sanidad en España tiene una gran importancia para la convivencia". En su opinión, "podemos convivir en paz porque todos tenemos acceso a ella, el SNS es lo que nos ha cohesionado y nos ha hecho iguales a todos. Y eso es así por convención política". Tras esta primera contundente declaración el ex presidente extremeño, aseguró que a la hora de enfrentar la actual situación financiera de la Sanidad española parece que "no somos conscientes de que hemos entrado a hablar de soluciones que solo contemplan el recorte", y aseguró que por ese camino "conseguiremos cargarnos lo más importante que tiene este país que es su sistema sanitario. "España no saldrá de la crisis si entramos en una nueva que sea la del miedo de la gente a tener que empezar a guardar dinero para sus gastos médicos. Si le metemos al imaginario colectivo la idea de que los tiempos en que la Sanidad estaba cubierta se han acabado y que a partir de ahora tendrán que empezar a pagarse sus gastos médicos, la gente tendrá miedo y consumirá menos y la economía no podrá salir nunca de la situación en la que estamos".

Álvaro Hidalgo Vega

Director del Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha

Para Álvaro Hidalgo "la Sanidad es fundamental por dos aspectos. Por un lado, si la consideramos como un gasto, en los países de la OCDE, representa un porcentaje de gasto del 24,5 por ciento. Con lo cual desde el punto de vista del gasto su volumen es muy importante, eso es un elemento que hay que tener en cuenta. Pero la Sanidad tiene un doble componente la podemos ver como gasto o como inversión porque sirve para aumentar el capital humano de la sociedad, es decir, para tener gente más capaz, más sana, con mayor felicidad y mayor productividad". Por lo tanto, continuaba argumentando, "como elemento de inversión es fundamental". Si bien reconocía que a nivel de repercusión directa de la inversión "el euro que se invierte en Sanidad no es tan productivo como el euro que se invierte en otros".

Por otra parte, el economista, señalaba como algo fundamental la diferencia entre "los países que son mercado y los que son generadores de innovación". Y aseguraba que "es verdad que dentro de la Sanidad hay mucho I+D y mucha innovación, pero hay países que son compradores de esa innovación y otros que son generadores de ella, y nosotros tenemos que ver dónde estamos colocados desde el punto de vista del mercado, si estamos del lado de los productores o del lado de los compradores". En cualquier caso Hidalgo defendía que "la Sanidad nunca va a ser un freno para el crecimiento económico porque es básica para que la sociedad pueda crecer en paz y armonía".

EL DEBATE

Los recortes anunciados en la Sanidad parecen indicar que esta es un freno para la economía, ¿se trata de una percepción real?

Guillermo Fernández Vara: Para explicar la crisis tendríamos que remontarnos a cuando crecíamos a dos dígitos y los economistas nos avisaban de que las cosas se iban a poner mal y los políticos nos escudábamos en los resultados. Yo he sido político y asumo mi culpa porque recuerdo crecimientos de entre el nueve y el diez por ciento. En ese momento, el error fue convertir ganancias coyunturales en gastos estructurales y ahora hay que ajustar esa cuenta. Y conste que no digo quitar, digo ajustar que a veces quiere decir cortar y a veces invertir más.

Partiendo de esto, estoy convencido de que no hay ningún gasto público que tenga tanto retorno social como el de la Sanidad. Cabe señalar que el 50 por ciento del gasto que produce es gasto de personal, con lo que una buena parte de esa inversión retorna al Estado como IRPF o IVA. Cuando una persona sabe que si le pasa algo lo van a atender sin problemas, esa persona consume. En cambio, si cree que necesitará ahorrar para que la atiendan se convierte en un cobarde a la hora de consumir. Si no logramos que la Sanidad mantenga no su gasto sino calidad y cobertura dejará de ser lo que ha sido hasta ahora: un motor para el desarrollo del país.

"Hay que crear un clima de confianza, y no hay nada que genere más desconfianza que retrasar los pagos"

Manuel Pimentel Siles

Sin embargo, es cierto que tenemos tres aspectos -el envejecimiento, la tecnología y el medicamento- que ponen a la Sanidad en situación complicada. Por eso, tenemos que ser capaces de ponernos de acuerdo en sentarnos y ajustar gastos, porque en los últimos años hemos vivido grandes avances como por ejemplo el increíble desarrollo de los tratamientos oncológicos, pero ¿quién lo paga? Hay que sentarse y priorizar, para ver qué es lo que hay que dejar de pagar para poder pagar eso. Y a lo mejor resulta que para que un paciente pueda tener acceso gratuito a un tratamiento oncológico el omeprazol lo tiene que pagar. Pero eso si nos sentamos todos -políticos, industria farmacéutica y representantes sociales y profesionales- y se explica bien lo puede entender todo el mundo.

Álvaro Hidalgo Vega: Es fundamental ver qué vamos a tocar y qué no. A este respecto hay que tener en cuenta que el gasto sanitario tiene dos partes diferenciadas: el gasto unitario y el de volumen. En España, el tema del gasto unitario lo llevamos bien, lo que está excedido es el volumen. ¿Estamos haciendo un uso adecuado de los servicios sanitarios? Hay que tener un poco de autocrítica y reconocer que nuestro sistema que ha hecho las cosas muy bien en líneas generales, quizá en algunos aspectos ha inflado un poco la oferta, porque a lo mejor no todas las comunidades necesitan tener un centro cardiaco. Hay que empezar a operar con economías de escala, cooperar y compartir espacios e información. Estamos en un sector en el que la oferta crea su propia demanda, de modo que por mucho que abramos hospitales y ampliemos número de camas, estos se van a llenar siempre. A lo mejor nos hemos sobredimensionado en una época en que se han juntado dos cosas: el efecto de la descentralización de la Sanidad hacia las comunidades autónomas, junto a un proceso de bonanza económica muy fuerte e importante.

Respecto a los tres aspectos que señalaba Guillermo (envejecimiento, tecnología y medicamento) nosotros hemos hecho hace poco un trabajo sobre el impacto del envejecimiento y vimos que en términos generales no es un factor que presione mucho al gasto sanitario. Aunque es cierto, que ese gasto es posible que lo esté asumiendo dependencia y no Sanidad.

Manuel Pimentel Siles
Ex ministro de Trabajo y Asuntos Sociales

"Todo occidente se encamina a una subida general de impuestos, gobierne quien gobierne"

Guillermo Fernández Vara
Ex presidente de la Junta de Extremadura

"Un 10 por ciento del gasto sanitario español podría estar cubierto por diferentes seguros"

Álvaro Hidalgo Vega
Universidad de Castilla-La Mancha

"Los ajustes realizados hasta el momento buscan resultados inmediatos, pero no eficiencia"

Revive el debate en www.medicaleconomics.es

Manuel Pimentel Siles: Yo quería decir respecto al crecimiento de dos dígitos que cuando yo estaba en el consejo de ministros nos llamaba la atención que la mayoría de ministerios cuadraba a la perfección sus presupuestos. Sin embargo, los presupuesto sanitarios son muy difíciles de realizar. Normalmente en la Sanidad hay dos problemas, la técnica presupuestaria y la ejecución. En general los presupuestos han ido cortos porque el de ejecución ha crecido más de lo previsto. ¿Qué significa? que tradicionalmente nuestro sistema sanitario ha estado gastando más de lo presupuestado, con lo cual o se acumula deuda o se retrasan pagos. Y cuando ha llegado el ajuste hay tres formas básicas de actuar: o se recorta la calidad, o se quitan prestaciones o se retrasan, como está ocurriendo, los pagos a los proveedores hasta que estos dicen hasta aquí hemos llegado.

Así que a lo que comentaba Álvaro de unidades y cantidades, yo añadiría el engranaje del sistema. El de los presupuestos es un tema muy importante y no se suele hablar: en carreteras se gastaba lo que se presupuestaba, en pensiones también, en desempleo más o menos, pero esa tradición de presupuestos a la baja de la Sanidad es una parte importante de lo que está pasando ahora.

"El error fue convertir ganancias coyunturales en gastos estructurales y ahora hay que ajustar esa cuenta"

Guillermo Fernández Vara

¿Son necesarios los recortes anunciados hasta el momento para reducir el déficit? ¿Qué otras medidas habría que tomar?

Álvaro Hidalgo Vega: Los recortes y los ajustes son necesarios porque el déficit que venimos arrastrando es estructural y la capacidad de endeudamiento no es infinita. Por lo tanto, es cierto que los ajustes son necesarios, pero hay que señalar que los que se han hecho hasta el momento son solo los más rápidos. ¿Están hechos en función de criterios de eficiencia? No, están hechos buscando resultados inmediatos. Por lo tanto, a la hora de marcar prioridades es fundamental ver no solo el gasto, sino también los resultados. Y para ello hay dos aspectos muy importantes: por un lado analizar cuáles son los resultados más eficientes y priorizarlos y, por otro, buscar la corresponsabilidad del ciudadano.

Además, es importante diferenciar sostenibilidad y viabilidad. Las medidas que se están tomando ahora están enfocadas a la viabilidad. El problema actual es la viabilidad, pero a medio-largo plazo no creo que haya un problema de sostenibilidad porque tenemos herramientas para racionalizar el gasto. Tenemos por ejemplo el copago, pero un copago evitable, que es algo a lo que los políticos son muy reacios en Sanidad pero que, en cambio, se aplica en otros ámbitos como la educación sin problemas con, por ejemplo, las tasas universitarias.

Guillermo Fernández Vara: El sistema tienen una deuda de 15.000 millones de euros y un déficit de cuatro o cinco mil millones, que es un déficit estructural. La deuda habrá que pagarla tarde o temprano, pero también es muy importante conseguir que deje de crecer, y para eso es necesario generar nuevos ingresos, lo cual obliga a pensar fórmulas alternativas a las que se han estado utilizando hasta ahora. Porque hay que conseguir cubrir ese déficit y para ello hay que generar más ingresos.

Por ejemplo, hay una fórmula que yo he heredado de mis tiempos de Agricultura: lo que es asegurable no es indemnizable. Hay cuestiones que son asegurables y que no deberían estar en el SNS. Por ejemplo, los accidentes de tráfico, de hogar o los provocados por practicar según qué deportes a según qué edades. En torno al diez por ciento del gasto sanitario español se produce por temas que podrían estar asegurados. Hay muchos temas que podrían estar cubiertos por seguros y, sin embargo, la Sanidad no los cobra porque como el sistema es universal aquí nadie pide una factura. Obviamente habría que hacerlo de forma que la gente que no pueda pagar esos seguros esté cubierta pero la gran mayoría de la población sí que lo podría pagar, y esa es una fuente de financiación de la que no se está hablando.

Esa es una opción. Pero hay más. El año pasado ya sabíamos lo que estaba pasando y quisimos iniciar una ronda entre las comunidades autónomas para buscar soluciones conjuntas a la crisis del SNS, porque no conviene olvidar que la Sanidad española en este momento está financiada por aquellas empresas a las que les debemos dinero. Entonces, respecto a las soluciones conjuntas, se puede hablar del copago como una iniciativa en la que todo el mundo aporta. Yo creo que en el ámbito del medicamento, sí hay un espacio de actuación para el copago, pero es imposible de llevar a cabo si los partidos políticos no nos ponemos de acuerdo.

Manuel Pimentel Siles: Es cierto que de los tres grandes pilares -educación, Sanidad y pensiones- dos ya se han tocado. Se ha subido la edad de jubilación en dos años, si la jubilación es a los 65 y la esperanza de vida está en 80 y ahora nos suben dos años, estamos diciendo que nos han recortado la pensión un 12-13 por ciento. Es decir, se están haciendo ajustes. Pues si lo hemos conseguido en pensiones por qué no en Sanidad. Por ejemplo, yo creo que hay que sacarle más partido a las mutuas que tienen un deber de prevención y Sanidad, pero también un deber de pago que enlaza con lo que explicaba Guillermo.

Por otra parte, estoy convencido de que de las crisis no se sale trabajando menos si no trabajando más, de modo que creo que sería un error buscar soluciones recortando más salarios porque ya se han ajustado mucho y no los tocaría más.

EL DEBATE

Otro tema importante: hay que crear un clima de confianza y, ya lo hemos hablado antes, no hay nada que genere más desconfianza que el retraso en el pago. Se ajusta lo que sea, pero hay que hacer un esfuerzo para ir pagando deuda y ajustando. De lo contrario nos podemos encontrar en situaciones tan complicadas como la que ha supuesto para Grecia el reciente anuncio de Roche de dejar de proveer según qué medicamentos. La simple amenaza o sospecha de que algo así pueda ocurrir en España produce terror en la población. Obviamente es algo que no va a pasar, pero es muy importante ir pagando deuda para evitar situaciones de riesgo. ¿Qué ha pasado? pues lo que comentábamos de los presupuestos a la baja han hecho ir acumulando deuda sobre todo con los proveedores, que hasta el momento lo han ido aceptando pero no se puede alargar más esta situación.

Las medidas anticrisis están levantando ampollas entre los afectados, pero a los pacientes aún no los hemos escuchado, ¿pueden los ajustes provocar una pérdida en la calidad asistencial?

Guillermo Fernández Vara: Sí, claro. Si los ajustes no son selectivos y afectan al corazón del sistema obviamente afectarán directamente a la calidad. Cerrar centros de urgencias, por ejemplo, implica aceptar que depende de dónde vivas tienen más opciones de morir de un infarto, y eso es algo que yo no estoy dispuesto a asumir. Antes que eso reduciría otras cosas o plantearía nuevas vías de ingreso porque creo que es importantísimo que en este país si a alguien le da un infarto tenga las mismas posibilidades de morirse en un sitio que en otro. Si rompemos eso estamos rompiendo un principio de cohesión básico.

"El copago es algo a lo que los políticos son muy reacios, pero en otros sectores, como en educación, se hace sin problemas"

Álvaro Hidalgo Vega

Pero claro que puede afectar. Por ejemplo, ahora nos hemos enterado que se pueden dejar de pagar las farmacias en el mes de mayo y no pasa nada, se deja de pagar la farmacia de una comunidad en mayo y no pasa nada. Con lo cual ahí se abre una pista para que el resto de las comunidades la sigan.

Manuel Pimentel Siles: Hay prestaciones que no se deben dejar de pagar. Y ¿por qué se dejan de pagar? Porque hay prestaciones que no hay que dar y hay gastos que no hay que pagar y porque hay un despilfarro que no tiene que ver. Yo he estado en primera línea en ese conflicto y ofrecí una solución que me desdeñaron.

En cualquier caso si hay ajustes, cómo se explica ese menos dinero: uno, en un mundo ideal, a mejor gestión, si el engranaje se mejora; dos, riesgo de bajada de calidad; tres, catálogo de prestaciones, que se pueden ir reduciendo de forma directa o indirecta; y cuatro, no pagar a proveedores. Ese ajuste está teniendo esas cuatro salidas.

Si la financiación de la Sanidad fuera finalista, ¿se solucionarían parte de los problemas? ¿qué alternativas hay a la tijera?

Guillermo Fernández Vara: Uno de los problemas de la financiación era que creamos cuatro fondos; servicios esenciales, resto de servicios, y luego otros dos en función de que la comunidad estuviera muy por encima o muy por debajo de la media del PIB. Pero eso llega a una bolsa común y no te obliga. La Sanidad no tiene un fondo finalista, en un futuro podría plantearse un nuevo modelo de financiación autonómica que permitiera vincular ciertas partes del ingreso al gasto. Porque si no se puede producir lo que se está produciendo: unas diferencias tremendas entre lo que unas comunidades dedican *per capita* a la Sanidad frente a otras.

Manuel Pimentel Siles: A una prestación universal es muy difícil vincularle un gasto directo. Ahora vamos a empezar a reformar y ahora nos guste o no, y a mi no me gusta, occidente entero camina hacia una subida general de impuestos, gobierne quien gobierne. Al final con el agujero que tenemos la cuestión es que hay que gastar menos e ingresar más y eso lo saben todos los políticos digan lo que digan en campaña.

Las grandes partidas de gasto de una nación son las que hemos hablado, entre ellas la Sanidad. Así que es el momento de asumir los cambios que haya que hacer. Yo no preveo ninguna gran reforma. Hay comunidades que han hecho cosas parciales como el céntimo sanitario o el copago, pero no hay una reforma general.

Álvaro Hidalgo Vega: Yo no creo que el problema sea tener un superávit, pero eso no justifica lo que estamos haciendo mal en Sanidad. Hemos hecho cosas mal y seguimos haciéndolas mal. El problema no es la falta de ingresos si no que no hemos introducido en el sistema suficientes elementos de eficiencia. De nuevo tendríamos que preguntarnos acerca del catálogo de prestaciones que estamos financiando. A veces el problema no está en reducir gasto sino en que hay que incentivar a los profesionales. Y otra cosa fundamental, hay que romper con el concepto de silos en la Sanidad. Es decir, un gerente de Atención Primaria no te puede decir que no le afecta una prueba porque el gasto lo va a soportar el hospital. Hay que acabar con eso, tenemos que tener un sistema de gestión que permita ver que lo que genera gasto en una parte del sistema repercute en la totalidad del mismo.

Revive el debate en www.medicaleconomics.es

Guillermo Sierra y Manuel García Abad durante la presentación del debate.

Los protagonistas del debate junto a Gonzalo San Segundo, moderador del mismo.

El senador Jesús Aguirre con Honorio Bando (ISC Carlos III) y Alfonso Monfort.

Asistentes al evento, en primer plano Jesús Aguirre. En la segunda fila, Victoria Ayala (Oximesa), Honorio Bando y Alfonso Monfort.

Por segunda vez en su historia, Los Jueves de Medical se retransmitieron en directo a través de la web www.medicalEconomics.es.

Mariano Avilés (en el centro) interviniendo en el debate con el profesor Julio Rodríguez Villanueva (izqda.) y Rafael García Plata (dcha.).

Rafael García Gutiérrez (ANEFP) junto a Ana Mª Rodríguez de Víguri (Áliad).

Gonzalo San Segundo, Carlos Mur, Enrique González (Medical Economics) y Álvaro Hidalgo.

Pablo Rodríguez Escobar, Julio González Bedia (ambos de Áliad), Enrique Catalán (ONCE), y Valentín Ballesteros (FNCP).

Santiago Pérez (Instituto Max Weber), Enrique Antón de las Heras (Medtronic Ibérica), Carlos Polanco (Merck), Ángel Sanz (consultor) y Álvaro Hidalgo.

El público se mostró muy participativo a lo largo del acto.

Antonio Arredondo (Boderm Europe) y Asunción Somoza (Astellas).

INFARTO DE MIOCARDIO

Suspender la aspirina aumenta el riesgo de infarto de miocardio

BMJ. 2011;343:d4094. [19 de julio de 2011]

Los pacientes con antecedentes de episodios cardiovasculares que suspenden la toma diaria de aspirina en dosis bajas ven aumentado su riesgo de infarto de miocardio (IM) no mortal, según investigadores del Reino Unido. En su estudio anidado de casos y controles participaron 39.513 pacientes de 50 a 84 años de edad a quienes les habían prescrito por vez primera aspirina para la prevención secundaria de episodios cardiovasculares. Los casos eran 1.222 pacientes con el resultado combinado de IM no mortal o muerte por arteriopatía coronaria durante una media de 3,2 años de seguimiento. Los controles se seleccionaron al azar entre la población original de 39.513 individuos. Comparados con quienes tomaban actualmente aspirina, los que habían dejado de tomarla recientemente tenían una tasa de desenlaces combinados mayor en un 43 por ciento y una tasa de IM no mortales mayor en un 63 por ciento. El riesgo de muerte coronaria no era por sí solo diferente entre ambos grupos.

Un programa de formación reduce las prescripciones de antibióticos

Clin Infect Dis. Publicación electrónica previa a la impresa. [26 de julio de 2011]

A raíz de un brote de *Clostridium difficile*, una campaña formativa dirigida a los profesionales sanitarios de Quebec, Canadá, redujo las prescripciones ambulatorias de antibióticos en toda la provincia. En 2005, el ministro de Salud de Quebec y el Consejo de Medicamentos de esa localidad colaboraron con determinados médicos y farmacéuticos para crear unas directrices que hicieran hincapié en el uso correcto de los antibióticos, como no prescribir antibióticos cuando se sospecha que las infecciones son víricas y pautar tratamientos de la menor duración posible. Alrededor de 30.000 copias impresas de las recomendaciones originales se distribuyeron a todos los médicos y farmacéuticos de Quebec, y otras 193.500 copias se descargaron de la página web del Consejo de Medicamentos. En el año posterior a la distribución de estas copias, la cifra de prescripciones ambulatorias de antibióticos se redujo en Quebec en un 4,2 por ciento.

La actividad física mantiene fuera del hospital a los pacientes con AR

Arthritis Res Ther. 2011;13:R108. dsoi:10.1186/ar3390 [29 de junio de 2011]

La actividad física y el mejor control de la artritis reumatoide (AR) podrían reducir los ingresos hospitalarios en los pacientes que padecen esta enfermedad. Investigadores del Reino Unido evaluaron el nivel de actividad física de 244 pacientes con AR. El 39 por ciento de los pacientes ingresaron en el hospital en el plazo de un año. Los análisis de regresión revelaron que solamente la actividad de la enfermedad y la actividad física predecían de forma significativa e independiente la cifra de ingresos hospitalarios y su duración. Solo el 19 por ciento de los pacientes cumplió con los niveles de actividad física recomendados (cinco o más sesiones semanales de 30 minutos o más). Aumentando la actividad física y usando un tratamiento farmacológico eficaz de la AR se podrían mejorar los resultados de salud de estos enfermos, concluyen los autores.

El antibiótico supera al zumo de arándanos frente a las IVU recurrentes

Arch Intern Med. 2011;171:1270-1278. [25 de julio de 2011]

En las mujeres premenopáusicas con infecciones recurrentes de las vías urinarias (IVU), el trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) resultó más eficaz que las cápsulas de arándano para prevenir las infecciones recurrentes, aunque también contribuyó a la resistencia antibiótica. En un estudio aleatorizado que duró 12 meses, los investigadores compararon las cápsulas de arándano (500 mg dos veces al día) con TMP-SMX (480 mg por la noche) en 221 mujeres adultas premenopáusicas que habían referido al menos tres IVU sintomáticas el año anterior. A los 12 meses, la media de recurrencias clínicas era de 1,8 en el grupo con TMP-SMX y de 4,0 en el grupo con cápsulas de arándano. Las recurrencias se produjeron, de media, al cabo de ocho meses en el grupo con antibiótico y al cabo de cuatro meses en el grupo asignado aleatoriamente a las cápsulas de arándano. Las tasas de resistencia antibiótica fueron tres veces mayores en los patógenos aislados de los pacientes con TMP-SMX, aunque volvieron a sus valores normales tres meses después de suspender el fármaco.

Los genes intervienen más en el IM que en el ictus

Circ Cardiovasc Genet. Publicación electrónica previa a la impresa. [26 de julio de 2011]

Es más probable heredar la predisposición a padecer un infarto de miocardio (IM) que a sufrir un ictus. En el *Oxford Vascular Study* se estudiaron 906 pacientes con síndrome coronario agudo y 1.015 con episodios cerebrales que disponían de datos completos sobre sus antecedentes familiares. El 30 por ciento de los que sufrieron un episodio cardiaco agudo tenían un progenitor con antecedentes de IM y el cinco por ciento tenían a los dos progenitores con antecedentes de IM. Entre los pacientes con ictus o ataque isquémico transitorio, el 21 por ciento tenían un progenitor que había tenido un ictus y el dos por ciento tenían a los dos progenitores con antecedentes de ictus. El riesgo de episodio coronario agudo era seis veces mayor si los dos progenitores habían tenido un IM y un 50 por ciento mayor si solo un progenitor había tenido un IM; en cambio, la probabilidad de sufrir un ictus no variaba significativamente con los antecedentes parentales de ictus. Este resultado acon-

seja evaluar el riesgo cardiaco y el de ictus de forma separada en las personas sanas.

La patología diverticular es menos frecuente entre los vegetarianos

BMJ. 2011;343:d4131. [19 de julio de 2011]

Las dietas vegetarianas y ricas en fibra se asocian a un menor riesgo de hospitalizaciones o muerte por patología diverticular. Este hallazgo se basa en las respuestas a un cuestionario sobre la frecuencia de alimentos al que respondieron 47.033 adultos "habitualmente conscientes de su salud" del Reino Unido y a los que siguieron durante una media de 11,6 años. Un tercio de los participantes refirieron que eran vegetarianos. Durante el seguimiento hubo 806 ingresos hospitalarios y seis muertes por patología diverticular. Después del ajuste multivariado, los vegetarianos tenían un 30 por ciento menos de riesgo de presentar patología diverticular que los no vegetarianos y un 31 por ciento menos de riesgo que los comedores de carne. Los participantes situados en el quintil superior de ingesta de fibra tenían un 41 por ciento menos de riesgo en comparación con los del quintil más inferior.

Las exploraciones dentales ayudan a diagnosticar la diabetes

J Dent Res. 2011;90:855-860. [Julio de 2011]

Las visitas al dentista podrían ser la ocasión para detectar a las personas con diabetes no diagnosticada o prediabetes. Estos investigadores reclutaron a 601 personas que acudieron a una clínica dental, de 40 años o más de edad si eran blancos no hispanoamericanos y de 30 años o más si era hispanoamericanos o no eran blancos, y a los que nunca se les había dicho que tuvieran diabetes o prediabetes. Unos 535 pacientes con al menos un factor de riesgo de diabetes referido por ellos mismos (es decir, antecedentes familiares de diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión o sobrepeso/obesidad) se sometieron a un examen periodontal y a un análisis *in situ* de la hemoglobina A1c (HbA1c). Los pacientes volvieron a la consulta para hacerse una prueba de glucemia en ayunas. La falta de cuatro o más dientes y la presencia de un 26 por ciento o más de bolsas periodontales profundas identificaron correctamente al 73 por ciento de los casos de diabetes o prediabetes.

Ser fumador pasivo se ha relacionado con pérdidas auditivas

Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;137:655-662. [Julio de 2011]

Ser fumador pasivo se asocia a un mayor riesgo de pérdida auditiva entre los adolescentes. Los investigadores examinaron los factores de riesgo de la pérdida auditiva neurosensorial, incluido el tabaquismo pasivo, de 1.533 adolescentes (12 a 19 años). Comparados con los que no eran fumadores pasivos, los fumadores pasivos mostraron mayores tasas de pérdida auditiva de frecuencias bajas y altas. La tasa de pérdida auditiva parecía acumulativa, aumentando con el nivel de cotinina detectado en los análisis de sangre. Más del 80 por ciento de los adolescentes con pérdida auditiva no eran conscientes de este deterioro.

Los cribados de los médicos detectan más melanomas

Arch Dermatol. doi:10.1001/archdermatol.2011.181. [18 de julio de 2011]

Los cribados de los médicos detectan más melanomas y melanomas más finos que los que realizan los propios pacientes. Se compararon las características de los melanomas de los pacientes nuevos y los diagnosticados de una clínica de lesiones pigmentadas. Cada paciente nuevo se sometió a un examen de la piel de todo el cuerpo y recibió un folleto con instrucciones para el autoexamen cutáneo. Se identificaron en total 527 melanomas en 394 pacientes. Entre el grupo ya diagnosticado, las lesiones tendían a ser más finas, a detectarse más a menudo durante el estadio *in situ* y a tener menos probabilidades de presentar atributos pronósticos negativos. Los médicos detectaron un 82 por ciento de melanomas en los pacientes diagnosticados y un 63 por ciento en los nuevos. La tasa global de detección por los pacientes fue del 18 por ciento. Los autores concluyen que combinar la detección por el médico con la participación del paciente es lo que más probabilidades ofrece de detectar los melanomas de forma precoz.

Con la colaboración de:

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Sección patrocinada por:

sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

ROTAVIRUS

F. TIFOIDEA

GRIPE

SARAMPIÓN

DIFTERIA

RUBEOLA

TÉTANOS

POLIO

PAPERAS

RABIA

VARICELA

MÁS VALE PREVENIR...

la vacunación salva cada año millones de vidas

NUEVAS VACUNAS EN DESARROLLO

DENGUE

SIDA

...

ALZHEIMER

Sanofi Pasteur MSD es la única empresa farmacéutica europea dedicada exclusivamente al desarrollo de vacunas, siendo líder en este área.

Nuestro reto es seguir investigando para desarrollar vacunas innovadoras frente a más enfermedades.

SP00268

sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

www.spmsd.es

Por **OFELIA DE LORENZO APARICI**

Respuestas a sus preguntas sobre…

¿Puede un médico, careciendo de título de especialista, realizar actos médicos propios de los anestesiólogos, o se incurre en un delito de intrusismo?

A raíz de sentencias como la del Tribunal Constitucional núm. 283/2006 (Sala Primera), de 9 octubre, o la del 1 de abril del 2003 de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, y la sentencia 283/2006 del Tribunal Constitucional, se ha resuelto la cuestión jurídica planteada, y es que, a fecha de hoy, es doctrina pacífica que no existe delito de intrusismo entre especialidades médicas. No podemos hablar de delito de intrusismo profesional entre especialidades, puesto que no existe en nuestro ordenamiento jurídico una profesión de especialista médico legalmente establecida y regulada, con definición de actos propios y específicos, diferenciada de la actividad profesional del médico, aunque existe, eso sí, una regulación oficial de las especialidades médicas a efectos del Sistema Nacional de Salud fundamentalmente, pero resulta que esta es carente de rango legal y sin constitución de una profesión específica que atribuya a los especialistas la exclusividad sobre determinados actos médicos.

Igualdad entre hombres y mujeres en las empresas

¿En qué consiste el Plan de Actuaciones de la Inspección para la vigilancia en las empresas de la igualdad efectiva entre mujeres y hombres? ¿Afecta al sector sanitario?

El último Plan de actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en materia de igualdad y no discriminación por razón de sexo se ha elaborado teniendo en cuenta los Protocolos de Colaboración firmados el 22 de septiembre de 2009 por la Ministra de Igualdad y el Ministro de Trabajo e Inmigración, y con acuerdo de este último Ministerio y el actual Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, además de haber sido consultadas las autoridades laborales de las comunidades autónomas.

El Ministerio de Trabajo e Inmigración tiene programadas para este año 5.100 inspecciones a empresas en materia de igualdad, que dan continuidad a los programas ya fijados para el anterior Plan.

Aunque afecta a todas las empresas del sector sanitario, la acción inspectora se está centrando en empresas de más de 50 personas trabajadoras y en especial, empresas con más de 250 trabajadores.

Las materias que han sido y seguirán siendo objeto de la inspección son:

Planes de igualdad. Controlando lo regulado en la Ley Orgánica 3/2007 en materia de elaboración de planes de igualdad en empresas de más de 250 personas.

Discriminación en el acceso al empleo. Controlando las ofertas de empleo que formulen las empresas que se consideren discriminatorias por razón de sexo.

Discriminación dentro de las relaciones laborales. Vigilando que en las empresas no se produzcan discriminaciones por razón de sexo en los procesos de selección, ni discriminación salarial (ya sea directa o indirecta), ni en la promoción profesional interna ni de cualquier otro tipo.

Acoso sexual y por razón de sexo. Comprobándose las denuncias que pudieran formular las trabajadoras con relación a la promoción de las condiciones que eviten el acoso sexual y el acoso por razón de sexo en el trabajo; arbitrando procedimientos específicos para su prevención; o arbitrando procedimientos para dar cauce a las denuncias o reclamaciones que puedan formular quienes hayan sido objeto de dichos acosos.

Derechos de conciliación de la vida familiar y laboral. Actuaciones fundamentalmente con origen en denuncias.

Control de cláusulas discriminatorias en los convenios colectivos. Revisión constante para detectar la presencia de este tipo de cláusulas.

Protección en caso de maternidad, embarazo y lactancia. En todas las actuaciones inspectoras en el área de prevención de riesgos laborales, se comprobará si se han llevado a cabo las evaluaciones específicas a que se refiere el art. 26 de la Ley de Prevención de Riesgos laborales, y si se han cumplido sus prescripciones sobre adaptación de condiciones de trabajo o del tiempo de trabajo durante el embarazo y la lactancia de un hijo/a menor de nueve meses.

PUNTOS CLAVE

No podemos hablar de delito de intrusismo profesional entre especialidades, puesto que no existe en nuestro ordenamiento jurídico una profesión de especialista médico legalmente establecida y regulada

El Ministerio de Trabajo e Inmigración tiene programadas para este año 5.100 inspecciones a empresas en materia de igualdad

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

Doctors' WRITING CONTEST 2011

Segundo premio

La doctora Jennifer Frank (en primer plano) evalúa con regularidad a sus empleados para desarrollar sus carreras profesionales y mejorar la eficacia de la consulta. En la foto, la auxiliar médico Sarah Davis (izquierda) y la enfermera practicante Danielle Vanevenhoven.

Por qué son importantes las evaluaciones

APROVECHE LOS COMENTARIOS PARA AYUDAR AL DESARROLLO DE SUS EMPLEADOS Y SU CONSULTA

[*Por* **JENNIFER FRANK** | *Fotos de* **MIKE ROEMER**]

En el ejército, donde hice la residencia y pasé los primeros cuatro años de mi carrera como médico de turno, las evaluaciones eran sacrosantas. Consideradas por todos como una responsabilidad tanto del evaluador como del evaluado, la evaluación, revisión y resumen narrativo de rendimiento bianual era la clave para ganarse un futuro en el ejército, el desarrollo profesional y el siguiente puesto a ocupar, además de ser una medición de la valía propia para la organización.

Las evaluaciones también se realizaban durante los primeros meses en un nuevo trabajo o tras un cambio de puesto, o cuando asignaban a un nuevo superior. Aunque a veces resultaba incómodo, el proceso de evaluación aparentemente constante jugaba un valioso papel a la hora de definir con claridad los papeles y expectativas en intervalos regulares y también cuando algo cambiaba en la relación entre supervisor y supervisado. Los supervisores estaban obligados a revisar periódicamente la trayectoria de todas las personas bajo su mando.

OPORTUNIDAD PARA LOS COMENTARIOS

Estas sesiones de evaluación eran una oportunidad para realizar sugerencias y dar consejos, así como para asegurarse de que el empleado buscaba y cumplía todos los requisitos indispensables para un desarrollo profesional exitoso. En el ejército, el sistema de evaluación institucionalizó este proceso tan importante, aunque a veces fuera aplazado o incumplido.

Como jefa médica, es fácil pretextar el exceso de ocupación, las prioridades conflictivas o la falta de experiencia al realizar las evaluaciones del personal. No obstante, hacerlas puede proporcionar grandes beneficios a la organización. A menudo, los evaluados las ven como una forma de valorar y obtener comentarios sobre su rendimiento, como una oportunidad para recibir total atención de su supervisor para hablar sobre objetivos, planes y futuro profesional, y como una ocasión de compartir dudas, preocupaciones o problemas.

Existen varios métodos para realizar evaluaciones, desde las muy formales hasta las totalmente desestructuradas.

A continuación, algunos consejos generales para que esta parte de su trabajo sea agradable y eficaz:

Evalúe al menos una vez al año.

Las revisiones anuales ofrecen la oportunidad de evaluar a sus empleados por el ciclo completo de su trabajo. Establecer una especie de "aniversario" permitirá que los empleados se fijen objetivos, tengan suficiente tiempo para alcanzarlos o modificarlos y puedan resumir lo que han conseguido, lo que salió bien y lo que debe mejorarse. La primavera y el otoño son las mejores estaciones para las evaluaciones porque no tienen nada que ver con otros momentos estresantes o ajetreados, como los puentes y las vacaciones de verano. Dependiendo del número de empleados a evaluar, quizá sea conveniente agrupar todas las evaluaciones en el mismo mes o bien realizarlas en el aniversario de la contratación de cada empleado.

Evalúe en tiempos de cambio o estrés.

Aunque se realicen de forma informal, las evaluaciones pueden ser útiles en situaciones como el primer año de contratación de un empleado, cambios importantes en las exigencias o responsabilidades del puesto o en momentos de caos o alteración organizativa. Un nuevo empleado suele valorar y necesitar un asesoramiento más frecuente a fin de saber si está cumpliendo las expectativas del puesto, así como para tener la oportunidad de preguntar o expresar sus dudas.

Utilice el grado o título profesional del empleado en los comentarios de la evaluación.

Evite utilizar simplemente "Jane" en lugar de Jane Smith, enfermera graduada y colegiada. Aunque pueda resultar poco práctico, sobre todo con los empleados a los que conoce bien, es importante destacar su papel profesional utilizando su título. Así se demuestra que, aunque usted pueda ser cordial, su relación es ante todo profesional. Además, de esta forma pone de relieve que usted está evaluando su función laboral, no simplemente comentando su personalidad.

Programe una cantidad de tiempo adecuada.

Reserve una hora entera para realizar la evaluación. Su tiempo, sobre todo ininterrumpido, es una de las cosas más valiosas que puede ofrecer a sus empleados. Con esta ofrenda, les envía el mensaje de que tanto cada empleado concreto como cada evaluación son una prioridad para usted. La revisión del rendimiento es un servicio destinado principalmente a la persona evaluada. Como tal, le interesa prestarle el tiempo adecuado, así como toda su atención, para realizar los comentarios y abordar preocupaciones. Asignar el tiempo suficiente también le ayudará a desarrollar la conversación más allá de una revisión superficial de las funciones generales del puesto.

Ponga deberes a sus empleados, como rellenar un formulario de autoevaluación antes de la sesión de evaluación.

Muy pocos podríamos enumerar nuestros logros del pasado año sin pensarlo detenidamente. Además, algunos empleados, sobre todo los de mayor rendimiento, quizá piensen que los logros son "parte de mi trabajo". Mediante el formulario de autoevaluación se asegurará de que el tiempo asignado a la revisión será bien invertido. Además, el formulario les ayudará a ambos a evaluar objetivamente los objetivos y logros de rendimiento.

No utilice una sesión de evaluación formal para "sorprender" a sus empleados con comentarios negativos.

La revisión del rendimiento es un resumen del rendimiento durante un periodo establecido de tiempo. Aunque utilizar ejemplos concretos para explicar las áreas de excelencia y las áreas de preocupación es una buena idea, los empleados deberían estar familiarizados con dichos ejemplos de antemano. Los comentarios, de cualquier clase, deberían realizarse lo más cerca posible a la revisión. Es comprensible que un empleado no reaccione a tiempo ante una cuestión que escucha por primera vez y que podría afectar de forma negativa a su evaluación. Las revisiones del rendimiento no son sesiones para realizar comentarios.

Busque oportunidades para facilitar ascensos, aumentos de sueldo o desarrollo profesional.

Aunque cierto, es una pena que cuando se trata del rendimiento, a menudo la ausencia de noticias es una buena noticia. Si un empleado no recibe ningún comentario, asumirá que está haciendo bien su trabajo. Pueden pasar semanas o meses antes de que usted se dé cuenta de que su empleado estrella ignora que es estrella. Muchas organizaciones cuentan con métodos oficiales para reconocer la excelencia profesional más allá de una revisión del rendimiento positiva. Los incentivos, los ascensos, los reconocimientos y los aumentos de sueldo deberían utilizarse con cabeza para recompensar el rendimiento sobresaliente y para expresar una opinión acerca del potencial de un empleado para seguir haciendo bien su trabajo. Una evaluación del rendimiento excelente debería empujarle a identificar otras formas de reconocer a su empleado.

El resumen es vital.

Las escalas de clasificación numérica no son ni la mitad de útiles que unas pocas frases bien elegidas y relevantes del resumen. Un buen resumen del rendimiento del personal puede dejar claro que un empleado concreto es valorado, respetado y que está haciendo un buen trabajo. Exponga ejemplos concretos de puntos fuertes y logros. Describa cómo el personal contribuye al éxito de la organización. Enfatice el potencial para el crecimiento y los intereses particulares que un empleado pueda tener en volver a la facultad, obtener una certificación o cambiar de funciones.

A menudo, los médicos son los jefes de clínicas y otras organizaciones. Aunque quizá no tenga demasiada formación en recursos humanos ni en administración de consultas, sí cuenta con una amplia experiencia en analizar, explicar, resumir y documentar. Utilice esas habilidades para destacar en uno de los campos más importantes del desarrollo del personal: el proceso de revisión del rendimiento.

La autora es médico de familia en una consulta privada de Neenah, Wisconsin.

Por **ÓSCAR GIL GARCÍA**

Control de costes y mejora de la rentabilidad

Efectivamente, hay aplicaciones informáticas para todo, incluso para ayudarnos en los momentos en que toca apretarse el cinturón. Y, a pesar de que uno de los lugares comunes donde reducir inversiones es la parte de informática, en este caso hablaremos de todo lo contrario, de una inversión en aplicaciones cuyo objetivo es permitir a la organización obtener una nueva perspectiva sobre cómo y en qué está consumiendo sus recursos y qué rentabilidad se está obteniendo de todo ello.

El objetivo de estos sistemas es, por tanto, proporcionar toda la información necesaria para conocer los costes y retornos por cada actividad desarrollada en la organización, lo que permite:

- Evidenciar gastos innecesarios.
- Identificar actividades poco rentables.
- Entender el reparto interno de costes.
- Centrarse en aquellas actividades que proporcionan un mayor beneficio (no necesariamente económico), y que son las que verdaderamente alimentan a la organización.

Realmente, la mayor parte de estos sistemas lo que hacen es soportar la puesta en marcha de un modelo de control, como puede ser el modelo ABC (*activity based costing*). El modelo ABC apareció en la década de los ochenta y, a pesar de que se emplea con éxito en otros sectores, está poco extendido en el ámbito sanitario en nuestro país. En nuestro sector y salvo excepciones, la gestión de costes se ha basado tradicionalmente en un análisis del reparto de los mismos a centros finales, y de estos a procesos asistenciales agrupados por grupos relacionados por el diagnóstico, en base a un peso medio establecido de forma externa.

LA EVOLUCIÓN HACIA UN NUEVO MODELO

Sin menoscabar la utilidad de estos sistemas, lo cierto es que la situación actual hace necesario dar un paso más allá y evolucionar hacia un modelo que permita obtener más información para tomar decisiones de gestión. A diferencia de este modelo, el ABC permite conocer el coste real de cada proceso en función de la actividad realizada y en el centro en particular en el que se realiza la evaluación.

El modelo ABC en el sector hospitalario ya se aplica en más de doscientos hospitales en el Reino Unido, y en nuestro país, algunas organizaciones sanitarias están viviendo ya esta evolución, como por ejemplo la Agencia Valenciana de Salud, que pondrá en marcha un nuevo sistema de información que implemente este modelo con un alcance global para todos sus centros.

Como es obvio, poner en marcha un sistema de este tipo requiere un trabajo previo de diseño del modelo que es, sin duda, lo más importante del proyecto en sí, y que posteriormente debe ser llevado al producto informático seleccionado.

Conocer el catálogo de actividades y procesos que serán parte del modelo es una de las principales tareas a realizar. El análisis de la secuencia de actividades y sus costes asociados, permite extraer una visión de los puntos críticos de la cadena de valor, y aplicar los inductores de eficiencia (*perfomance drivers*) que son aquellos factores que influyen en la eficiencia de la actividad.

El objetivo del sistema informático debe ser brindar una herramienta para el procesamiento de la información recogida acerca de las distintas actividades que se dan en un proceso, así como la determinación de sus costes y su posterior traslado al producto o servicio.

Asimismo, la definición de un sistema de indicadores de control que muestren cuál es el desempeño de las actividades comparando el estado real de dichos indicadores frente a un objetivo propuesto permite establecer las correcciones necesarias y mejorar la eficiencia del proceso.

PUNTOS CLAVE

En sanidad, la gestión de costes se ha basado tradicionalmente en un análisis del reparto de los mismos a centros finales

Conocer el catálogo de actividades y procesos que serán parte del modelo es una de las principales tareas a realizar

Ingeniero de Telecomunicación. Director de Sanidad de PwC. Para contactar: oscar.gil.garcia@es.pwc.com

ESCÁPESE... con Medical Economics

Ya puede enviar sus artículos para la edición 2011 y compartir sus experiencias con sus compañeros.

Medical Economics, en colaboración con Iberocruceros, le llevará de vacaciones.

GRAN PREMIO	Crucero 3.000 €
PREMIO PLUS Jóvenes	Crucero 2.000 €

- **¿Quién puede participar?** Todos los licenciados en Medicina o Farmacia y los diplomados en Enfermería con ejercicio profesional en España.
- **¿Qué hay que enviar?** Artículos literarios originales, no publicados previamente en ningún otro medio y enviados en exclusiva a *Medical Economics*, y que tengan interés para los lectores.
- **¿Sobre qué se puede escribir?** Su artículo puede contar, por ejemplo, cómo halló la solución a un problema en la práctica clínica; o cómo decidió remodelar su consulta; o compartir lecciones que aprendió después de un juicio o demanda; o incluso su decisión de afrontar de otra forma la profesión después de aquel caso.
- **¿Cómo participar?** Envíe su artículo por correo electrónico, escrito en formato Word, a doble espacio, incluyendo su nombre, dirección y forma de contacto (e-mail, teléfono). Si lo desea puede enviar fotografías que ilustren su historia, así como una fotografía suya tipo carnet (mínimo 1.024 x 768 píxeles o formato jpg a máxima calidad) y un breve *curriculum vitae*. Puede Vd. enviar tantos artículos como desee. *Medical Economics* se reserva el derecho de publicar los originales y no mantendrá correspondencia ni devolverá los originales a los autores.
- **¿Dónde enviar su artículo?** Los originales solo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección: **medeconomics@drugfarma.com***
- **Presentación de originales** El plazo de participación expira el **2 de noviembre de 2011**.

**Consulte las bases del certamen en www.medecoes.com*

GE Healthcare

Descubra la nueva Optima* MR430s 1.5T

¡¡Extremadamente Sorprendente!!

La nueva Optima* MR430s 1.5T es un sistema de alto campo, abierto, dedicado exclusivamente a la realización de resonancias de extremidades. Estos nuevos equipos de resonancia combinan las nuevas tecnologías en IRM con un total confort para el paciente, de fácil uso e instalación en espacio reducido. El sistema posee unos de los gradientes más potentes disponibles en el mercado y secuencias de adquisición robustas lo que permite obtener una excelente relación señal a ruido y una calidad excelente de la imagen.

Para mas información contacte su representante GE Healthcare O visítenos en specialtymri.gehealthcare.com

GE imagination at work

© 2011 General Electric Company – All Rights Reserved.
GE Healthcare, a division of General Electric Company.
* Optima es una marca registrada de la compañía General Electric. Todos los derechos reservados. El sistema MR430s no puede ser instalado sin marcado CE.