

# Medical Economics<sup>®</sup>

EDICIÓN ESPAÑOLA

La Farmacia  
en el nuevo  
escenario político

PÁG. 32

13 DE ENERO DE 2012

Nº 163

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. [MedicalEconomics.es](http://MedicalEconomics.es)

## Dirección Basada en la Evidencia: La gestión evolutiva



Comunicar salud:  
el paciente aliado

Recetando esperanza

# SABEMOS CÓMO CUIDARLE

## Ahora elige usted...



Nadie conoce mejor que A.M.A. sus necesidades, por eso le **mantenemos su actual bonificación** al contratar cualquiera de nuestras 4 modalidades de seguros para su automóvil.

Ahora además, le ofrecemos nuevas coberturas con mayor servicio:

- Asistencia jurídica 24h
- Asistencia de grúa en viales no aptos
- Reparación in situ por avería
- Obtención y envío de duplicado de llaves por robo o pérdida



✓ Más de 500.000 asegurados

✓ 94 oficinas en España y Portugal

✓ Más de 45 años con el sector sanitario



- Teléfono de la Central 902 30 30 10 - 91 34 34 700
- A través de internet [www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)
- En las delegaciones de A.M.A. de su provincia



## EN PORTADA

### 18 **Dirección Basada en la Evidencia: La gestión Evolutiva**

La estructura, protocolos y resultados de la Atención Primaria, en definitiva, su gestión, deberían ser los más adecuados al tipo de pacientes que tiene, pero también al tipo de profesionales de los que dispone y a sus medios materiales. En algún lugar de equilibrio entre esos tres vértices se sitúa la dirección basada en la evidencia (DBE), o lo que es lo mismo, un tipo de gestión capaz de mejorar y evolucionar al mismo ritmo que la sociedad.

## PRÁCTICA PROFESIONAL

### 26 **Comunicar salud: el paciente aliado**

Entrene a sus pacientes para alcanzar mejores resultados en salud y ahorrar recursos.

### 30 **Recetando esperanza**

La empatía y la comunicación abierta deberían estar siempre en su maletín de médico al tratar a pacientes gravemente enfermos.

## JORNADAS

### 36 **Asturias: Administración y Universidad, unidas en la investigación biomédica**

### 40 **Ricardo Oliván ultima la estrategia sanitaria de Aragón**



continúa en página 3 ➔

# PROGRAMA AAP 2012

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA

MURCIA

BILBAO

ZARAGOZA

VALENCIA

BARCELONA

MADRID

VALLADOLID

BADAJOS

VIGO

CON LA GARANTÍA DE:



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

  
**LIVEMED**

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*

## 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

# SPA

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

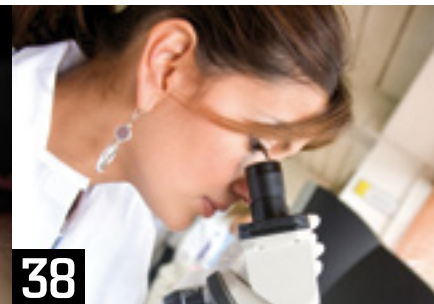
D.L.: M-35829-2003

S.V.: 38/03-R-CM

CONTROLADO POR



8



38

## SECCIONES

- 5 **Con Ojo Clínico**  
Comunicación en Medicina:  
asignatura obligatoria ¡ya!
- 6 **Mi Punto de Vista**  
Un nuevo liderazgo sanitario
- 8 **Al día**  
Condena penal por agresión verbal  
a un médico
- 10 **Gestión de Calidad:  
Enfermería**  
El *big man* de los residentes  
extranjeros
- 11 **Internet y Medicina**  
Nuevos servicios web 2.0
- 16 **Experiencias innovadoras  
en gestión**  
Modelo Alzira: Motor económico  
que genera bienestar y empleo
- 32 **Los Jueves  
de Medical Economics**  
La Farmacia en el nuevo  
escenario político
- 38 **Avances Clínicos**  
Mieloma múltiple: Más esperanza  
para los pacientes
- 42 **Economía de la Salud: Dolor**  
Cuidados informales del dolor  
crónico en España
- 44 **Inversiones**  
Mercados financieros en 2012
- 42 **Infotecnología**
- 48 **Golf**



## ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Es posible instaurar un liderazgo  
“creativo” en la Atención Primaria  
española?

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

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 (1.º) 28041 Madrid, editada en colaboración con Advanstar Medical Economics.

© Copyright 2011-2012 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 2012 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

**Mariano Avilés Muñoz**

PRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO FARMACÉUTICO

**Victoria Ayala Vargas**

DIRECTORA CIENTÍFICA OXIMESA.  
GRUPO PRAXAIR

**Honorio Bando Casado**

CONSEJERO DE DIRECCIÓN. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

**Josep Basora Gallisá**

PRESIDENTE. SEMFYC

**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 Abuín**

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

**Diego Murillo Carrasco**

PRESIDENTE. A.M.A.

**Regina Muzquiz Vicente-Arche**

DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES. PHARMAMA

**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 ASTRAZENACA

**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. UNIÓN CATALANA D'HOSPITALS

**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**

VICIPRESIDENTE. 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

**Gabriel Uguet Adrover**

PRESIDENTE. FEDERACIÓN NACIONAL DE CLÍNICAS PRIVADAS

**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

# Comunicación en Medicina: asignatura obligatoria ¡ya!

Por JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA

El debate acerca del papel de la comunicación en el sector sanitario está abierto desde hace tiempo, preferentemente desde el lado aparentemente más interesado, los profesionales de ella, pero ahí está el error: todos la necesitamos. Y deberíamos empezar a aprenderla casi al mismo tiempo que leer o escribir, desde párvulos, como hace la cultura anglosajona.

Ya hace más de ocho siglos, Avicena decía a sus alumnos: “Siempre debemos recordar de los enfermos que están a nuestro cuidado que acuden a nosotros pero no se convierten en nosotros” y “algunas veces no podemos salvarlos y otras los mata nuestro tratamiento”. Había rescatado la individualidad del paciente y la importancia de comunicarse con él correctamente.

Pero la comunicación entre médicos y pacientes todavía adolece de interferencias, errores y prejuicios. La comunicación se basa en el lenguaje, pero las palabras no tienen un único significado ni encierran verdades absolutas. Existe mucha diferencia entre tolerancia y hospitalidad. Una implica poder, el poderoso tolera al otro. Hospitalidad es recibir al otro en un marco de convivencia. Los médicos deben ser hospitalarios con sus pacientes, no necesariamente tolerantes.

En la práctica médica el lenguaje utilizado y la comunicación pueden sanar. La vida, la muerte y el sufrimiento son hechos cotidianos; la comunicación, la tabla salvadora de los pacientes.

En poco tiempo, ¡ya!, los centros de excelencia e incluso las propias facultades de Medicina, deberán seguir criterios de selección de sus candidatos a becados, contratados o titulados, según sus potenciales habilidades de comunicación. Esto, sobre todo, orientado muy especialmente a la relación futura con los pacientes; pero también en cuanto a su capacidad para adaptarse a la filosofía general del centro contratador.

Todo esto permitirá que los pacientes entiendan mejor, aprecien y respeten más a la institución que les trata, puesto que el profesio-

nal sanitario les habrá hecho comprender que las expectativas generadas son adecuadas y se pueden cumplir. Ni más ni menos.

Ese día será el final de generaciones de profesionales entre los que han existido muchos que hacían milagros terapéuticos pero que, insoportablemente, lo sabían todo y, a veces, incluso trataban con malas formas a sus enfermeras y a otros auxiliares, sin escuchar a los pacientes y sin explicarles nada adecuadamente.

El objetivo es que se elimine desde el origen, en la selección, a esos aspirantes con potencial comunicador negativo o que, en las aulas, se les enseñe a comportarse correctamente con los pacientes. Esto es la COMUNICACIÓN, con mayúsculas. Iría mucho más allá para decir algo que

hace unos años podría resultar escandaloso: los candidatos deberán tener “habilidades de venta”, sabiendo mostrar las excelencias del servicio que se va a prestar a los pacientes y sus valores diferenciales entre un abanico de posibilidades y de la más estricta ética.

La experiencia está en marcha en Estados Unidos y Canadá, donde el expediente académico o las entrevistas psicotécnicas son solo una parte de su proceso de selección. Además, hay que medir sus aptitudes sociales, que tanto tendrán que desarrollar, o así es deseable, en un sistema de salud donde siempre será fundamental tener habilidades de comunicación.

Y, junto a esas aptitudes de cara a los pacientes, habrá que valorar, desde ya, las capacidades de trabajar en equipo y conocer cómo reacciona el candidato cuando se está en desacuerdo con él, algo que es frecuente si se trabaja en equipo.

Y es que todavía, cuando muchos de nuestros bien preparados médicos acuden a congresos internacionales causan vergüenza ajena al no saber expresarse y mostrar lo que saben a los demás, y ello aunque dominen el idioma inglés... pero esto es otro cantar.



**LA COMUNICACIÓN ENTRE MÉDICOS Y PACIENTES TODAVÍA ADOLECE DE INTERFERENCIAS, ERRORES Y PREJUICIOS**

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

Para contactar: [josemmartinezg@eresmas.net](mailto:josemmartinezg@eresmas.net)

## Un nuevo liderazgo sanitario

Por **MANUEL BAYONA GARCÍA**

La sociedad se enfrenta a un cambio profundo que está redefiniendo modelos familiares, laborales, económicos, empresariales y hasta de la propia Unión Europea, así como un nuevo orden mundial. Y todos exigen una rápida y profunda transformación en (o de) las personas que dirigen las organizaciones y que toman decisiones.

El tradicional modelo de directivos “que mandan” en las organizaciones, se ha quedado obsoleto. La sociedad ya no lo quiere y las personas se cuestionan su validez. Nunca antes como ahora se ha reclamado desde todos los sectores sociales un liderazgo efectivo y eficiente, que imprima carácter a las organizaciones, que sea respetado y querido por el equipo, y que sea capaz de ilusionar y motivar a la gente para lograr los retos que se plantee.

En el mundo empresarial, y también en los otros, la transparencia y el buen gobierno son claves para que una organización cumpla, además de con su cuenta de resultados, con los valores de legitimidad, buena reputación y responsabilidad social, de manera que sea respetada por la sociedad y por sus propios trabajadores, y así poder competir por su permanencia, en un entorno tan devorador como en el que nos encontramos.

En muy poco tiempo las nuevas tecnologías están siendo decisivas en los cambios que se están produciendo en la humanidad y en la forma de relacionarse los seres humanos. La información se comparte en red, a veces de forma voluntaria, siendo utilizada y aplicada de manera exponencial, y otras veces de forma menos voluntaria. Es el caso de WikiLeaks, con su goteo de informes de contenido sensible y de interés público.

Hay tres fechas que han marcado un punto de inflexión en el uso social de las tecnologías. Recordemos el sábado 13 de marzo de 2004, cuando los SMS movilizaron a la sociedad española y cambiaron la política en nuestro país. También el 7 de julio de 2005, fecha de los atentados terroristas de Londres, cuando a través de un ciudadano con su teléfono móvil, se produjo el mayor fenómeno informativo de lo que ya se conoce como periodismo a pie de calle; en tercer lugar, y en este caso a través fundamentalmente de Twitter, el movimiento ciudadano del 15 M, que no aún sabemos como acabará.

Las organizaciones sanitarias tienen unas características que las hacen especialmente sensibles a este tipo de cambios. Se trata de organizaciones del conocimiento, donde sus verdaderos líderes son los profesionales y la tecnología forma parte de manera consustancial de sus procesos.

En este contexto de cambio nos hemos encontrado con un nuevo ciudadano, más preparado, más informado y que también usa las nuevas tecnologías, cambiando más rápido de lo que lo hacen las organizaciones sanitarias.

En definitiva, los cambios que se han producido, y se seguirán produciendo, en los ciudadanos, los profesionales, las empresas y las administraciones, no tienen más remedio que impulsar al clásico directivo para liderar el nuevo entorno en el que se encuentra.

Para facilitar este cambio de directivo tradicional a líder 2.0, donde la inmediatez, la información y el conocimiento se interrelacionan, queremos identificar un nuevo tipo de liderazgo, el Liderazgo 2.0, que denominamos “Liderazgo iCloud”, y que se basa en valores como la transparencia, el

buen gobierno y la ausencia de miedo a compartir. Un directivo/líder que tiene la información en “la nube”, los pies en el suelo, la razón en la cabeza y la comunicación en el corazón.

El directivo que se identifica con el “Liderazgo iCloud” es un directivo que da sentido “con todas sus letras” a una nueva orientación de su trabajo, caracterizada porque:

Identifica el talento de su gente y lo reconoce.

Comunica en todas direcciones y con todos los sentidos, de manera cercana y empática.

Lidera los procesos de cambio, desde los cotidianos, que forman parte del día a día, a los trascendentes, con un relato coherente, explícito y motivante.

Optimiza en recursos y es optimista en los sentimientos, buscando oportunidades de crecimiento en las personas y en el entorno de trabajo, estando al servicio de las mismas y de la organización.

Utopía para ilusionar e implicar a su equipo en retos.

Dirige por valores y difunde el conocimiento y sus resultados en red.



**EL ‘LIDERAZGO iCloud’  
SE BASA EN VALORES  
COMO LA TRANSPARENCIA,  
EL BUEN GOBIERNO  
Y LA AUSENCIA DE MIEDO  
A COMPARTIR**

Algunas características que diferencian al líder 2.0 están relacionadas con sus competencias y habilidades y otras con su afán e interés por el aprendizaje y la innovación. En este sentido, el líder 2.0 no tiene un responsable de comunicación, él es comunicación; gestiona la red, comparte la información, escribe y describe su relato, genera seguidores, apuesta por su gente y facilita que aflore el talento, lo identifica, lo reconoce y lo gratifica.

El líder 2.0 es flexible, tiene capacidad de adaptación a cada situación, pero ante equipos expertos, dedica mucho a la dimensión relaciones y poco a la dimensión de supervisión de la tarea; alcanza retos y cumple objetivos, pero manda menos y delega más, y persuade menos para hacer participar más. Los éxitos alcanzados no son suyos sino del equipo, del que siempre está cerca. Precisamente la red acerca, pero no sustituye, pudiendo ser un factor clave de éxito si aprendemos a gestionar sus posibilidades.

### DECÁLOGO DE NUEVAS OPORTUNIDADES

Proponemos un decálogo para diez retos cotidianos de la gestión sanitaria, con respuestas 2.0, que pueden impulsar de manera favorable el futuro de los servicios sanitarios:

1. Accesibilidad. Gestión de citas a tiempo real, nuevas consultas *on-line*, con un sistemas de selección virtual.
2. Participación de pacientes. Las redes son una oportunidad para retomar la participación ciudadana.
3. Satisfacción. La encuesta *on-line* permite al directivo conocer al momento cómo funcionan los servicios.
4. Educación para la salud y orientada a estilos de vida saludables.
5. Seguridad clínica. Sistemas de seguridad, identificación de eventos adversos, aplicación de medidas correctoras, etcétera, todo en red, en todas las áreas de un centro.
6. Eficiencia y uso adecuado de medicamentos.
7. Coste por proceso. Pulsera/control digital de todos los pasos de un paciente por el centro sanitario, identificando el coste por proceso *on-line*.
8. Gestión de profesionales. Desde la formación hasta la mejora de la comunicación interna o la gestión *on-line* del absentismo.
9. Acreditación y calidad. De manera que asesores virtuales puedan facilitar a los profesionales sus procesos de acreditación.
10. Monitorización telemática de pacientes crónicos vía *smartphone* y dispositivos que evalúen a tiempo real y de manera constante los principales indicadores de salud.

Director Gerente de Atención Primaria del distrito sanitario  
Costa del Sol

## EL ÉXITO NO SE IMPROVISA



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

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

# DRUG FARMA

## CONGRESOS, S.L.

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



## TRIBUNALES

### Condena por agresión verbal a un médico

El Juzgado de lo Penal número 7 de Sevilla ha condenado recientemente como delito a la autoridad pública una amenaza verbal grave efectuada contra un médico del Servicio Andaluz de Salud. El juez ha dictado un condena de un año de cárcel, sustituida por un multa de 1.460 euros al carecer el acusado de antecedentes, y una

indemnización de 500 euros para el médico. Además, el hermano y padre del agresor también han sido condenados como autores de una falta de amenazas por su participación en los hechos.

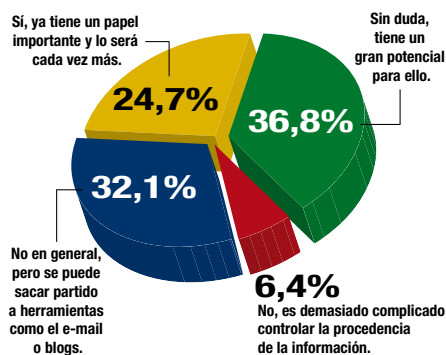
El letrado del Colegio de Médicos de Sevilla, Francisco de Cossío Ruiz, que ejerció la acusación particular en el caso,

explicó que es la primera vez que, en Sevilla y su provincia, se condena una agresión verbal grave como delito contra la autoridad pública, ya que hasta ahora esa consideración se reservaba para las agresiones físicas. Además, destacó que, aunque el agresor no llegará a ingresar en prisión, la pena de cárcel sí constará en sus antecedentes.

## ENCUESTA

### ¿CREE QUE INTERNET PUEDE SER UN BUEN ALIADO EN LA FORMACIÓN DEL PACIENTE?

La mayor parte de los profesionales de la salud creen que Internet es o puede llegar a ser una buena herramienta en pro de la formación del paciente. Así, el 24,7 por ciento de los participantes en la encuesta de *Medical Economics* considera que la red tiene ya un importante papel y que este se incrementará en los próximos años. A ellos se suman el 36,8 por ciento que creen que su potencial es muy elevado. Menos convencidos se muestran el 32,1 por ciento de encuestados que señalan que, si bien no lo ven como una panacea, se pueden aprovechar algunos de sus recursos como el e-mail o ciertos blogs. Tan solo el 6,4 de los votantes dudan de su capacidad como apoyo formativo para el paciente ya que piensan que la procedencia de la información es difícil de controlar.



## LABORAL

## EL 94% DE LOS 'MIR DE LA CRISIS' CONSIGUEN EMPLEO



Según el *Estudio sobre la evolución profesional de los especialistas egresados de la formación sanitaria especializada (2006-2012)*, realizado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el 94 por ciento de los nuevos especialistas médicos que finalizaron su periodo de formación como médico interno residente (MIR) en los últimos cinco años, coincidentes con la crisis económica, están en la actualidad trabajando en España, la mayoría de ellos (un 86,5 por ciento) en el sector público.

Sin embargo, el Estudio también detecta que la última promoción analizada, la del año 2010, comenzó a percibir mayores problemas para conseguir trabajo: el 22,4 por ciento tardaron más de dos meses en lograrlo, frente a la media de un mes de las anteriores. Por otra parte, el mismo estudio considera que la relación oferta-demanda de estos profesionales estará equilibrada hasta 2025.

## ENTRE NOSOTROS

### HONORIO BANDO, ACADÉMICO CORRESPONDIENTE DE FARMACIA



**Honorio Carlos Bando Casado**, miembro del Consejo Editorial de *Medical Economics*, ha sido elegido, a propuesta de la Junta de Gobierno de la Real Academia Nacional de Farmacia, académico correspondiente.

Bando es Doctor por la Universidad Complutense de Madrid y Master en Alta

Dirección por el Instituto de Administraciones Públicas. Entre sus múltiples experiencias en el sector destacan las de subdirector general de Especialidades en Ciencias de la Salud en la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, director responsable del Protectorado de Fundaciones y la de subdirector general de Formación Sanitaria y Relaciones Profesionales del Ministerio de Sanidad. En la actualidad es vicepresidente de las Fundaciones Fundadepe e Idepro.

## COLEGIOS

### LA COLEGIACIÓN MÉDICA VUELVE A SER OBLIGATORIA EN CANTABRIA

María José Sáenz de Buruaga, consejera de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, cerró 2011 con el anuncio de que la colegiación médica será obligatoria en su comunidad para ejercer. La medida se articulará a través de la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de Cantabria para 2012 que incluye la reforma de la Ley de Colegios Profesionales de 2001.

Dicha ley fue modificada en 2010 para eliminar la colegiación obligatoria de médicos y enfermeras. La reforma, que entró en vigor el 1 de enero, supone una vuelta a la redacción original de la ley, que en 2001 estableció la obligatoriedad de colegiarse a los médicos y enfermeras que ofrezcan una atención directa a los pacientes.

La consejera también ha anunciado a la Junta Directiva que la Consejería de Sanidad dispone ya de un borrador de protocolo de actuación ante la violencia en el ámbito sanitario y que será consensuado, entre otros, con los colegios de Médicos y de Enfermería antes de su entrada en vigor. Ambos colegios profesionales participarán, asimismo, en la elaboración del Plan Estratégico de Formación Continuada, que la Consejería de Sanidad consensuará con el sector para que las acciones formativas aporten calidad al sistema sanitario.

## OJO AL DATO / EJERCICIO PROFESIONAL

# 162.213

médicos especialistas ejercían en España a finales de 2009.

En el sector sanitario privado lo hacían el

# 32%

# 345

médicos por cada 100.000 habitantes.

El número de enfermeras del SNS el mismo año era de

# 158.262

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010-2025).



Por **CARMEN PEDRERA**

## El 'big man' de los residentes extranjeros

Nuestro día a día nos demuestra que existe un importante grupo de pacientes extranjeros en España. La mayoría de ellos con una edad superior a 65 años, con las consecuencias de salud que ello conlleva, dentro de un entorno multicultural donde han de convivir las culturas del norte de Europa con las hispanoamericanas y las nuestras propias con todas sus características.

Atender las necesidades de estos pacientes no es tarea fácil ya que, aparte de encontrarnos con las dificultades de dichas múltiples diferencias, existe la del idioma (muchos de ellos todavía hablan solo su propia lengua materna). Además, se dan las vivencias subjetivas de la enfermedad que varían en función de su cultura y de las expectativas en las relaciones con el médico y los diferentes servicios sanitarios. Saber cuáles son estas supone un reto para el personal sanitario de enfermería y se convierte en el instrumento necesario para obtener datos con los cuales proponer respuestas más eficaces tanto a los problemas profesionales como a los meramente cotidianos, al servicio de su mismo contexto sociocultural.

La atención al paciente es una perspectiva holística que ha de motivar inevitablemente un cambio radical de toda la estrategia sanitaria.

Si nos centramos, sobre todo, en los pacientes procedentes del norte de Europa, podemos hablar de un colectivo de jubilados residentes casi todos ellos en las costas de nuestro país; este colectivo ha construido una infraestructura propia, especie de gueto para poder vivir cómodamente, conservando sus hábitos, en una

sociedad distinta para ellos y en torno a clubes donde reunirse, ocio y salud con medios de comunicación, escuelas y otras instalaciones específicas suyas. Algunos de estos colectivos tienen su propio *big man* (así le llaman) que les nutre de acceso a especialistas médicos de la zona. Es la persona clave de referencia para ellos, la que les aconseja en temas de salud, entre otras cuestiones, y también para nosotros ya que nos ayuda a entender cuáles son sus expectativas sanitarias. Son la clave de nuestras buenas relaciones y una oportunidad de negocio constructivo para ambas partes.

Y es que, con todo ello tenemos que tener en cuenta también, en nuestra relación con ellos, cuáles son los principales valores que aprecian (el amor, la familia, la amistad, la calidad de vida y el patriotismo) y, sobre todo, y con mayúsculas, dos de ellos: el respeto (teniendo en cuenta que la mayoría de ellos pertenecen a clases sociales elevadas y con estudios superiores, y que quizá aquel que entre en nuestro centro sanitario vestido con unas chanclas y pantalones cortos estuviera dirigiendo a más de mil personas hace tan sólo diez años en su empresa) y el tiempo (quieren disponer del máximo para actividades de ocio).

Su nivel adquisitivo medio-alto y alto también les permite la realización de numerosas actividades. Algunas de sus favoritas son los juegos de mesa (como el *bridge*), los deportes al aire libre (golf, bolos, petanca, *cricket*), y las reuniones sociales. En este sentido, cenar y comer juntos a menudo, aunque muchas veces no lo hacen en restaurantes, sino en sus propias casas (en reuniones organizadas por ellos mismos para celebrar eventos o sencillamente para

verse: “¿venís a cenar a casa?”). Valoran su tiempo como una de sus posesiones más preciadas y no están dispuestos a desaprovecharlo por ahorrar: en eso se diferencian de nuestros abuelos.

Por ello, hemos de cuidar muy mucho la gestión del tiempo: es mejor concertar nuevas citas que hacerles esperar.

Además de todo esto, es necesario tener en cuenta la definición o determinación social de los significados de salud y enfermedad para estos colectivos ya que la noción de “salud” reviste un carácter multidimensional según los contextos sociales y culturales, y según otras características de los individuos, particularmente su nivel socioeconómico y su proximidad al sistema sanitario. Por ello, las expectativas en la asistencia sanitaria han de cambiar, y estos cambios no son tanto una función del “progreso” como un reflejo de los complejos cambios sociales.

Llegar a esos *big man* es, sin duda, abrir las puertas de estos colectivos ofreciéndoles y haciéndoles entender que nuestro sistema sanitario dispone de la tecnología y capacidad humana necesaria para atender de manera satisfactoria cualquiera que sea su problema de salud y, por tanto, aprovechar para darles un servicio óptimo debidamente recompensado.

### PUNTOS CLAVE

Algunos colectivos de residentes tienen su propio *big man*, una persona de referencia que les nutre de acceso a especialistas médicos de la zona

La noción de “salud” reviste un carácter multidimensional según los contextos sociales y culturales y según otras características de los individuos



Por **MARCIAL GARCÍA ROJO**

## Nuevos servicios web 2.0

Las revistas *ACS Nano* y *Nano Letters*, editadas por la Sociedad Americana de Química (<http://pubs.acs.org/>), dedicadas a nanociencia y nanotecnología, han publicado un número especial en línea que incluye una serie de vídeos que pretenden centrar la atención del lector en los artículos más visitados.

La publicación electrónica en formato web permite que las revistas científicas publiquen resúmenes de los artículos en forma de vídeos o en otros formatos multimedia y utilidades web que facilitan el acceso a la información relevante, como material adicional o de soporte y enlaces a artículos relacionados, publicados de otras revistas.

A través de una alianza con el canal de vídeos en Internet, SciVee (<http://www.SciVee.tv/node/37659>), los autores pueden crear contenidos, como un relato del resumen del artículo, en formato vídeo y enviarlos a la revista.

De esta forma, la Sociedad Americana de Química editó su primer número virtual en formato vídeo en marzo de 2011, en los que además del texto en formato electrónico, los visitantes a la web de la revista tienen disponibles vídeos creados por autores. En este caso, se seleccionaron los 20 artículos más visitados en las web de las revistas y se invitó a los autores a crear vídeos relacionados con sus artículos correspondientes.

La sincronización entre la web de la revista y el servicio de vídeos SciVee permite que los lectores puedan elegir entre ver solo el vídeo o ver el vídeo y el texto del artículo de forma simultánea. Esto es

posible gracias a un visor Adobe Flash que le permite al editor mostrar el vídeo en una esquina de la ventana mientras que en el resto de la ventana se muestra el texto completo del artículo, parte del texto y las imágenes o solo el resumen, según los permisos del visitante.

Este servicio introduce dos grandes novedades en las publicaciones científicas. Por una parte, son los propios lectores quienes deciden qué contenido merece la pena resaltar y publicar en formato de vídeo. Por otro lado, ahora es posible que los autores expliquen con sus propias palabras sus artículos, dando una sensación de mayor proximidad entre lector y autor.

SciVee fue fundado en 2007 por dos investigadores de la Universidad de California como un sitio web que se basa en cinco elementos: una tecnología web que permite sincronizar vídeos y documentos, un servicio que le permite al usuario no tener que instalar nada, una propuesta "hágalo usted mismo" para que los usuarios puedan enviar sus propios vídeos, una integración con editores de revistas y otros proveedores de contenidos y, por último, un sitio web público gratuito para los investigadores.

El servicio de resúmenes de artículos científicos sincronizados con vídeos está disponible en SciVee para 39 revistas científicas, como *American Journal of Clinical Nutrition*, *BMC Cancer*, *Journal of Cardiothoracic Surgery* y *Pediatrics*, por mencionar algunas.

El portal SciVee también incluye una sección dedicada a congresos, donde los resúmenes de los trabajos son ex-

plicados por los autores en formato de vídeo (*postercasts*). En muchos congresos científicos, como los de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (<http://www.seapcongresos.com/>) las sesiones de pósteres se presentan mediante pantallas electrónicas, que evitan que los autores tengan que imprimir los carteles y viajar con incómodos tubos. De esta forma, además, el póster electrónico completo puede quedar permanentemente disponible en la página web de la reunión científica. Con el servicio *postercasts* ofreciendo por SciVee también

es posible grabar un vídeo durante la explicación que ofrece el autor durante la sesión de pósteres y sincronizar ese vídeo con el póster electrónico correspondiente.

SciVee incluye una tercera sección, llamada "Educación", donde los investigadores pueden publicar sesiones con presentaciones PowerPoint (*slidecasts*), audio y vídeo, algo similar a una grabación de seminarios web (*webinars*).

El registro en la web es gratuito y permite subir a la plataforma vídeos en múltiples formatos (asf, avi, flv, mov, mp3, mp4, mpeg, mpg, wav, wma, wmv), aunque el tamaño máximo del fichero enviado no debe ser mayor de 1 GB. Además de elementos multimedia, también es posible crear comunidades y canales a través de los servicios de pago.

### PUNTOS CLAVE

El soporte electrónico permite que las revistas científicas publiquen resúmenes de los artículos en forma de vídeos u otros formatos multimedia

El servicio de resúmenes de artículos científicos sincronizados con vídeos está disponible en SciVee para 39 revistas científicas

Nombramientos ministeriales

# Pilar Farjas asume la Secretaría de Sanidad

CON AFÁN DE AUSTRERIDAD –SE HAN REDUCIDO EN CASI UN 25 POR CIENTO LOS ÓRGANOS DIRECTIVOS Y ALTOS CARGOS– INICIA SU NUEVA ANDADURA EL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. LOS PRINCIPALES CARGOS DEL MISMO YA TIENEN NOMBRE Y APELLIDOS.

Año nuevo, vida nueva. Nunca como este año se ha cumplido con tanta exactitud este dicho popular en el panorama político español. Con el nuevo año han empezado a llegar los esperados nombramientos del Gobierno de Mariano Rajoy, entre ellos los del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad capitaneado ahora por Ana Mato. La ministra presentó el pasado día 2 a sus altos cargos más próximos, de los que aseguró son “personas muy capaces, muy preparadas y comprometidas, con mucha experiencia y, sobre todo, con mucha capacidad de trabajo”.

En lo tocante a la rama de Sanidad, la gran protagonista es Pilar Farjas, nueva secretaria general del ramo. La exconsejera gallega, que ha sido sustituida en la Xunta por Raquel Mosquera, a la sazón gerente del Servizo Galego de Saúde, llega a Madrid con el respaldo de haber logrado la reducción de las listas de espera en patologías urgentes en su comunidad y con el éxito económico de su “cataloguiño”, pero también con un halo de polémica y controversia política.

A falta de conocer a directores generales y demás cargos, que al cierre de esta edición no se habían concretado, estos son los perfiles de los máximas autoridades sanitarias del Estado:



**María Teresa Bernedo Arzak, Pilar Farjas Abadía, Juan Manuel Moreno Bonilla, Ana Mato, María Jesús Fraile Fabra y Blanca Hernández Oliver.**

**ANA MATO.** Madrileña y licenciada en Ciencias Políticas y en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid. La nueva ministra es “hija política” de José María Aznar y una de las personas más cercanas a Rajoy en la actualidad. De hecho, fue ella en su calidad de vicesecretaria general de Organización y Electoral del Partido Popular quien dirigió la campaña electoral que ha otorgado a su partido la amplia mayoría absoluta de que dispone en la actualidad.

## **JOSÉ MANUEL MORENO.**

Destinado a ser el segundo de a bordo del Ministerio, el nuevo secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad es titulado superior en Protocolo y Relaciones Institucionales y Máster en Dirección y Administración de Empresas de EADE. Ha sido concejal del Ayuntamiento de Málaga, diputado del Parlamento Andaluz y del Congreso. Actualmente, es coordinador nacional de Política Autonómica y Local del Partido Popular.

## UN ORGANIGRAMA ADELGAZADO

La reestructuración que Ana Mato está llevando a cabo en su Ministerio, si bien aún incompleta, deja claro que la reducción de cargos es una prioridad. De hecho, ella misma reconocía que “es obligada cuando se le están pidiendo sacrificios a los ciudadanos”. Así, el nuevo Ministerio de Sanidad cuenta con una Secretaría General menos, la de Política Social y Consumo, que integrada en la de Estado de Igualdad pasa a denominarse Servicios Sociales e Igualdad, al frente de la cual se encuentra Juan Manuel Moreno. De él dependen dos Delegaciones del Gobierno con carácter de Dirección General (la de la Violencia de Género y la del Plan Nacional sobre Drogas), y tres Direcciones Generales más: Igualdad de Oportunidades; Servicios para la Familia y la Infancia; y Apoyo a la Discapacidad).

En cuanto a Sanidad, continuará como Secretaría General, con rango de Subsecretaría, y de ella dependerán tres Direcciones Generales: Salud Pública, Calidad e Innovación; Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia; y Ordenación Profesional.

Comparando con el anterior gabinete, han desaparecido cuatro Direcciones Generales: Igualdad en el Empleo y contra la Discriminación; Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección; Consumo; y Política Social, de las Familias y la Infancia. Además, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud también se elimina, y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria se integra con Consumo bajo la denominación común de Agencia de Consumo y Seguridad Alimentaria.

**PILAR FARJAS.** La ya exconsejera gallega llega con fama de mujer dura que no le teme a los recortes ni a la impopularidad. Ocupará el cargo de secretaria general de Sanidad. Farjas es licenciada en Medicina y Cirugía, además de en Sociología, y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Ha sido directora ejecutiva de la AESA, concejal de La Coruña, directora general de la Xunta y, hasta el pasado 2 de enero, consejera de Sanidad de la Xunta de Galicia.

La elección de Farjas para el cargo parece indicar que las políticas sanitarias

del Ministerio tendrán mucho que ver con la línea que siguió la nueva secretaria de Sanidad durante su mandato gallego. La propia Ana Mato explicó: “Pensamos que en materia sanitaria, en la que la inmensa mayoría de las competencias corresponde a las comunidades autónomas, teníamos que contar con una persona con experiencia en la gestión y muchos conocimientos en esta materia”.

**MARÍA JESÚS FRAILE.** Se hará cargo de la Subsecretaría del Ministerio, un cargo que ya había desempeña-

do anteriormente en el Ministerio de Medioambiente durante los años 2000-04. Es licenciada en Derecho y miembro del Cuerpo de Técnicos Superiores de la Administración General del Estado. Ha sido directora general de Presupuestos y Patrimonio de la Comunidad de Madrid y, actualmente, era coordinadora general de Modernización y Administración Pública en el Ayuntamiento de Madrid.

**BLANCA HERNÁNDEZ.** En dependencia de la Secretaría de Estado que dirige José Manuel Moreno, ocupa el cargo de delegada del Gobierno para la Violencia de Género. Es licenciada en Derecho y especialista en Derecho Público. Letrada de las Cortes Generales, ha sido asesora de la Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades. Hasta su nombramiento era directora de Relaciones Institucionales del Senado.

**MARÍA TERESA BERNEDO.** Licenciada en Ciencias de la Información y diplomada en Relaciones Internacionales y Unión Europea, asume el cargo de directora del Gabinete de la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Asesora en Relaciones Institucionales y Administración Pública ha sido directora de Gabinete en el Ministerio de Medio Ambiente. Igualmente, ha sido asesora del Ministerio de Ciencia y Tecnología y directora de Gabinete de tres consejerías de la Comunidad de Madrid.

# CURSO BÁSICO DE DERECHO FARMACÉUTICO

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



ONLINE



Acreditado por la Comisión de Formación Continua del Sistema Nacional de Salud con **5,7 CRÉDITOS**

## Zeltia y Janssen llegan a un acuerdo para potenciar Yondelis en EE. UU.

Zeltia ha comunicado a la Comisión Nacional del Mercado de Valores que su filial PharmaMar ha acordado con Janssen Products LP, de Janssen Pharmaceutical Companies, un nuevo plan de acción para potenciar el desarrollo de Yondelis en Estados Unidos. De esta forma, Janssen llevará a cabo un estudio pivotal de Fase III con Yondelis en cáncer de ovario recurrente, cuyo diseño será presentado a la *Food and Drug Administration* próximamente. Asimismo, Janssen completará hasta su finalización el estudio de



Fase III en L-sarcoma iniciado a comienzos de año.

En el marco del citado acuerdo, PharmaMar recibe un primer pago de 25 millones de dólares antes de fin del 2011 y adicionalmente, recibirá otros 85 según se vayan alcanzando hitos basados únicamente en el plan de desarrollo de Yondelis en el periodo 2012-2015 (25 millones en 2012, 25 millones en 2013, 25 millones en 2014 y 10 millones en 2015). Estos *milestones* son adicionales a los ya previstos en el contrato de licencia original.

## Premios de Educación Médica 2011 de Cátedra Fundación Lilly-UCM

La Cátedra Fundación Lilly-UCM, que cada año convoca los Premios de Educación Médica, ha entregado los galardones correspondientes al año 2011. En la categoría de Enseñanza de Grado se ha premiado el proyecto titulado *Caso clínico oncológico* del Comité de Tumores Virtual del Hospital Gregorio Marañón, presentado por Felipe Calvo Manuel de la Unidad Docente



CÁTEDRA DE EDUCACIÓN MÉDICA FUNDACIÓN LILLY-UCM

de dicho hospital. En cuanto al galardón en la categoría de Enseñanza de Posgrado y/o Formación de Especialistas, ha recaído en el *Proyecto multimodalidad para la formación en posgrado de imagen cardiaca diagnóstica*, presentado por Miguel Ángel García Fernández de la Sociedad Española de Cardiología y la Asociación Española de Imagen Cardiaca.

## Acuerdo de distribución entre DKV y Pelayo

Desde comienzos de año, los seguros médicos de DKV Seguros se distribuyen también a través de las redes pertenecientes a Pelayo gracias a la entrada en vigor de un acuerdo firmado el pasado 20 de diciembre. El convenio entre ambas entidades incluye la comercialización de pólizas en diferentes modalidades de cuadro médico, reembolso de gastos y dental,

además de algunos productos específicos de segmento para autónomos y pymes.

La comercialización se realizará bajo la marca DKV Seguros e incluye un proceso de integración entre ambas entidades para que el área comercial de Pelayo pueda acceder a los sistemas de proyectos, tarificación y contratación *on-line*.

## NOMBRAMIENTOS

■ **GRUPO HOSPITÉN.** El Consejo de Administración del Grupo Hospitén ha aprobado el nombramiento de Pedro Luis Cobiella Beauvais como director general. Cobiella, que se incorporó al Grupo en 2008, ha desempeñado diferentes cargos de responsabilidad en la organización como los de director general en República Dominicana o miembro del Consejo de Administración y director de Operaciones de Canarias.



■ **SEDISA.** La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) ha incorporado dos nuevos delegados territoriales para la Comunidad de Madrid: Modoaldo Garrido Martín, director gerente del Hospital Fundación de Alcorcón, e Ignacio Martínez Jover, director gerente del H. U. de Torrejón. Las dos incorporaciones producen como resultado del nombramiento de César Pascual como director gerente del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander.

■ **SANITAS.** Susana Quintanilla ha sido nombrada directora ejecutiva Asistencial de Sanitas y responsable de la planificación y desarrollo de la red asistencial de la compañía. Quintanilla entró a formar parte de Sanitas en 1999 y desde entonces ha ocupado diversos cargos, entre ellos el de directora de Gestión de Actividades de Sanitas Hospitalares y directora Asistencial de Hospitalares.



■ **GRUPO PSN.** Previsión Sanitaria Servicios y Consultoría, la nueva empresa del grupo PSN, ha constituido su Consejo de Administración, formado por: Miguel Carrero, presidente de PSN Mutua; Esteban Ímaz, secretario de PSN Mutua; Miguel Morgado, y Manuel Pérez, ambos consejeros de PSN Mutua; Rodolfo Castillo, presidente del Colegio de Médicos de Murcia; Julio López Gimón, presidente del Colegio de Veterinarios de Badajoz; Francisco Parra, presidente del Colegio de Médicos de Albacete; y Francisco López Barcenilla, presidente del Colegio de Podólogos de Castilla-La Mancha.

# La aptitud laboral protagoniza las Jornadas Intercongresos de la SEMST

*La Medinkuntzaren Euskal Elkartea-Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo (LMEE-SVMT) fue la sociedad encargada en esta ocasión de organizar las Jornadas Intercongresos de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST).*

El Palacio Euskalduna Jauregia fue el escenario elegido para la celebración –los días 17 y 18 de noviembre– de las Jornadas Intercongresos de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST). Unas jornadas que, en palabras de Iñaki Igarzabal, presidente de LMEE-SVMT y del comité organizador del Congreso, han tenido como ejes temáticos la vigilancia de la salud colectiva y la aptitud médica, tal y como lo reflejaba el propio lema de la reunión: “¿Aptos para el trabajo?, pero ¿trabajo apto para todos?”.

Este tipo de reuniones se celebran como punto de encuentro para los profesionales los años en los que no hay Congreso de la SEMST, el próximo de los cuales se celebra en Toledo entre el 17 y el 19 de octubre de este año.

Durante las jornadas se discutió el Real Decreto de nueva aprobación sobre actividad sanitaria de los servicios de prevención y su desarrollo, y se abordaron otros temas como la relación entre evaluación de riesgos y vigilancia de la salud específica; la vigilancia colectiva; y las actividades sanitarias en prevención y promoción de la salud.

El presidente de LMEE-SVMT destacó que “esta reunión permite clarificar nuestras funciones y ámbitos de actuación como médicos del trabajo, difundir a la sociedad nuestra especialidad, además de facilitar que se reúna todo el colectivo de personas que intervienen en la prevención de riesgos laborales”.

El programa de las Jornadas estuvo repleto de ponentes de prestigio y nombres de referencia en los campos de la Medicina del Trabajo, la salud e higiene laboral y la psicología del trabajo.

La inauguración contó con la presencia de Pilar Collantes, directora general



La inauguración contó con Pilar Collantes, directora general de Osalan, e Iñaki Igarzabal, presidente de LMEE-SVMT.

de Osalan; Concepción Pascual, directora del Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (INSHT); e Iñaki Igarzabal, presidente de LMEE-SVMT.

Por otra parte, la conferencia inaugural corrió a cargo de Lofti El-Ghandouri, fundador del grupo Creative Society, conferenciante, motivador y autor del libro *El despido interno*, tema que centró su intervención en la que abordó uno de

recogen no solo en las normativas vigentes, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, decretos que la desarrollan y normas de los Institutos de Salud y Seguridad Laboral, sino también en el trabajo diario de cualquier médico del trabajo.

La reunión reservó un espacio para varios talleres, en los que se trataron temas como estrés, depresión y *burn out*; tabaquismo; vacunación de trabajadores trasladados al extranjero; introducción a la ecografía o actualización en nuevas pruebas diagnósticas incruentas.

También se premiaron las aportaciones más interesantes y, por último, en línea con la reclamación que las sociedades científicas mantienen para que se desarrollen programas específicos de Medicina y Enfermería del

Trabajo en los estudios universitarios, se organizó un curso de “Introducción a la Medicina del Trabajo” y otro de “Introducción a la Enfermería del Trabajo”, dirigido por profesores de la facultad de Medicina y Odontología y la Escuela de Enfermería de la UPV-EHV.

## EL PRÓXIMO CONGRESO DE LA SEMST TENDRÁ LUGAR EN TOLEDO DEL 17 AL 19 DE OCTUBRE

los fenómenos más habituales de nuestra sociedad: la falta de motivación.

Además de los dos temas centrales ya mencionados, también se discutió sobre las funciones y tareas que la Medicina del Trabajo tiene encomendadas en el seno de los servicios de prevención, y que se

Modelo Alzira

## Motor económico que genera bienestar y empleo

*Después de 13 años de existencia, el modelo Alzira ha demostrado ser factible y viable tanto desde el punto de vista asistencial como económico.*

[ Por G. S. S. ]

La clave del llamado modelo Alzira se encuentra en asumir que los centros públicos de gestión privada deben funcionar con los mismos criterios que el resto de hospitales públicos, porque la financiación, control y propiedad son públicos, y la prestación es privada.

Después de 13 años de existencia, el modelo Alzira ha demostrado que esta novedosa fórmula de colaboración público-privada es factible y viable tanto desde el punto de vista asistencial como económico. El modelo combina la fortaleza del sistema público con la flexibilidad de la iniciativa privada, patente en la introducción de estrategias de recursos humanos, gestión clínica más flexible e innovación en tecnologías y sistemas de información, entre otros aspectos. Todo ello sin que la Administración pierda el control de la gestión.

Como valor añadido, en el modelo Alzira el gasto es un 25 por ciento menor respecto a los centros gestionados directamente por la Administración, según la Consejería de Sanidad del Gobierno valenciano. Y el 91 por ciento de los pacientes valora este modelo sanitario como "muy satisfactorio", según las encuestas realizadas en los hospitales públicos gestionados por el Grupo Ribera Salud. Un dato más: el 94 por ciento de los pacientes desconoce si esos hospitales son de gestión pública o privada, lo que demuestra que al ciudadano lo que le preocupa es cómo se gestiona, no quién lo hace.

Además, el modelo Alzira se ha convertido también en un motor económico generador de bienestar y empleo, ya que

### LAS FORTALEZAS DEL MODELO

Los puntos fuertes que presenta el modelo Alzira se podrían resumir así, según su destinatario:

- Para los pacientes. Calidad percibida, humanización de la asistencia, trato personalizado, mayor privacidad y confort, mayor accesibilidad, menor tiempo de respuesta y tecnología al servicio del ciudadano.
- Para los profesionales. Estabilidad laboral, sistema retributivo innovador, oportunidad de desarrollo y carrera profesional, docencia e investigación y apuesta por la tecnología.
- Para la Administración. Mantiene el control de la prestación. Las inversiones van a cargo del concesionario, que asume también el riesgo financiero. Descarga de los presupuestos públicos, coste inferior a la media de la gestión pública, innovación en tecnologías y sistemas de gestión, y aportación de recursos humanos complementarios.

"el ciudadano sale beneficiado con este sistema porque exige más a los servicios públicos y este modelo responde mejor a sus requerimientos", comentan sus responsables. Ese beneficio se concreta en una mayor accesibilidad, mejores infraestructuras, más cercanía, menor tiempo de respuesta y un trato más personalizado. Todo ello contribuye a mejorar la calidad asistencial.

¿Y qué ofrece el modelo a los profesionales sanitarios? Supone, entre otras cosas, estabilidad laboral, promoción, reconocimiento y la oportunidad de desarrollar su carrera profesional con modernas herramientas de gestión, autonomía y participación en la gestión de los procesos asistenciales, así como una firme apuesta por la docencia y la investigación (el Hospital de Alzira es universitario desde el 2007).

No solo el Hospital de Alzira se halla bajo el paraguas de la gestión privada integral. En estos momentos el modelo está implantado en otros seis hospitales: Torreveja, Denia, Manises y Vinalopó-Elche, todos ellos en la Comunidad Va-

lenciana. A ellos se suman Valdemoro y Torrejón en la Comunidad de Madrid, en los que la gestión privada se circunscribe al ámbito hospitalario. Próximamente, otros dos en Madrid, Móstoles y Collado Villalba, se incorporarán a esta lista, a la que hay que añadir el Laboratorio Clínico Central de la Comunidad madrileña que, desde el Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes, da servicio a seis hospitales públicos y a más de 1,2 millones de ciudadanos.

¿Qué futuro le espera al modelo Alzira? Según los expertos, la profunda, global y larga crisis económico-financiera obligará a la Administración a plantearse en serio la colaboración público-privada en sus sistemas sanitarios. Según la consultora McKinsey, el gasto sanitario de las comunidades autónomas para 2020 ascenderá a 135.000 millones de euros. Además, la consultora predice un déficit de 20.000 médicos, al tiempo que se dispararán los costes de los tratamientos. Y aquí, la colaboración público-privada tiene mucho que decir y aportar.

Elisa Tarazona Gines, directora de Organización y Gestión Asistencial del Grupo Ribera Salud

## “Al ciudadano le importa más cómo se gestiona que quién lo hace”

**PREGUNTA:** Castilla-La Mancha y La Rioja han anunciado que recurrirán al modelo público-privado. ¿Es este el principio de la expansión del modelo Alzira?

**RESPUESTA:** En mi opinión, todas las comunidades van a tener procesos de reflexión en el modelo público-privado y van a apostar por la introducción de capital privado, tanto en la nueva construcción de hospitales como en centros ya existentes, porque se ha demostrado el buen funcionamiento del modelo y por la necesidad de reformar el sistema e introducir cambios en la gestión. El modelo Alzira permite introducir esas reformas, respetando los principios básicos de universalidad y gratuidad que han hecho de nuestro sistema sanitario público un referente internacional.

**P:** En cualquier caso, ¿qué modelo de colaboración público-privada considera el más adecuado en el ámbito de la sanidad?

**R:** Hay que tener en cuenta que el modelo Alzira no nace en una época de crisis, sino en una época de bonanza económica. Nace por las necesidades de reforma en el sistema sanitario público. Y en los tiempos que corren, en los que se hace más patente la necesidad de introducir reformas, el modelo se presenta como una alternativa para garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario público. Dentro de las diferentes modalidades de colaboración público-privada, es el modelo más avanzado porque transfiere todos los riesgos a la iniciativa privada, que asume también toda la inversión, y se aplica un modelo concesional de pago capitativo que financia la salud de la población y no la actividad realizada. Esto supone un cambio trascendental para desarrollar una gestión eficiente y centrada en el ciudadano.



**P:** ¿Por qué sigue habiendo quien opina que el modelo Alzira es menos eficiente que el modelo de gestión público tradicional?

**R:** El modelo de concesión administrativa ha marcado un precedente en la gestión sanitaria y ha demostrado durante estos trece años de existencia que responde a las necesidades del ciudadano, a las expectativas de los profesionales y a los requerimientos de la Administración. La clave es que combina la fortaleza del sistema público, con la flexibilidad de la iniciativa privada patente en la introducción de estrategias de recursos humanos, gestión clínica más flexible, innovación en tecnologías y sistemas de información, etcétera. La Administración no pierde el control de la gestión y el gasto es notablemente inferior, pudiendo destinar sus recursos a otras partidas.

Para aquellos que desconfían todavía hoy del modelo, me remito a las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes: el 91 por ciento está satisfecho con el servicio recibido y un 94 por ciento desconoce el modelo de gestión. Al ciudadano le importa más cómo se

gestiona que quién lo hace. Por esta razón, creemos que el Hospital del futuro se parecerá mucho más al de Vinalopó o al de Torrejón que al hospital público tradicional, porque el ciudadano quiere que sea así.

**P:** ¿Qué ventajas ofrece el modelo Alzira a los profesionales sanitarios?

**R:** Es un proyecto atractivo basado en una avanzada política de recursos humanos que ofrece al profesional la oportunidad de desarrollar su carrera con modernas herramientas de gestión, promoción interna, autonomía y participación en la gestión de los procesos asistenciales. Estabilidad laboral con un sistema de retribución variable basado en criterios de calidad, eficacia, eficiencia y reconocimiento. Y una firme apuesta por la docencia y la investigación (por ejemplo, el Hospital de Alzira es universitario desde 2007 y Torre Vieja, Denia y Vinalopó cuentan con acreditación MIR para varias especialidades).

**P:** ¿Qué perspectivas de crecimiento tiene el Grupo Ribera Salud para 2012?

**R:** Consolidar los proyectos en los que participamos, sobre todo el más joven, el Hospital de Torrejón, que hemos inaugurado en septiembre de 2011 y que significa la extensión y reconocimiento del modelo sanitario al ser nuestra primera experiencia hospitalaria fuera de la Comunidad Valenciana. También la plataforma de compras y servicios compartidos b2b salud, que pusimos en marcha este año, y que nos permite desarrollar líneas transversales para aprovechar sinergias y economías de escala. Y, por supuesto, seguiremos atentos a todas las oportunidades de colaboración público-privada, tanto a nivel nacional como internacional.

# Dirección Basada en la Evidencia: La gestión evolutiva



[ Por **ALMUDENA CABALLERO** ]

La Atención Primaria, el primer nivel asistencial con el que se encuentra el ciudadano, tiene un papel fundamental en el sistema sanitario para responder de manera eficiente y efectiva a las necesidades de salud de la sociedad, pero también lo tiene como elemento redistribuidor de las tareas, como formador en prevención y como imagen del sistema en general. Por todo ello, su gestión debería adecuarse a sus pacientes, pero también al tipo de profesionales de los que dispone y a sus medios materiales. En algún lugar de equilibrio entre esos tres vértices se sitúa la dirección basada en la evidencia (DBE), o lo que es lo mismo, un tipo de gestión capaz de mejorar y evolucionar al mismo ritmo que la sociedad.

En este concepto profundizaron los asistentes al XIV Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), cuyas principales líneas temáticas les ofrecemos a continuación.

# El nacimiento de un nuevo gestor sanitario

DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA A LA DIRECCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA (DBE) HAY, EN TEORÍA, UN PEQUEÑO SALTO QUE PARECE COMPLICARSE A LA HORA DE LLEVARLO A LA PRÁCTICA; INCLUSO EN EL CASO DE LA SANIDAD, UN SECTOR ACOSTUMBRADO A REGIRSE POR HECHOS PROBADOS

**P**ara Antoni Arias Enrich, director ejecutivo de Iasist, la preocupación fundamental a la hora de encarar el nuevo tipo de gestión sanitaria que la situación socioeconómica demanda es “cómo trasladar a la práctica directiva habitual los principios de la DBE, el *Evidence Based Management* que dicen los anglosajones, y cómo facilitar la implantación de estos principios”. Para lograrlo, destaca cuatro ideas fundamentales: “La primera es que la información constituye los cimientos para la DBE.

La segunda es que estoy convencido de que en AP nos falta un mimbre básico para desarrollarla, que es identificar nuestro objeto de atención, nuestro producto. La tercera idea habla de dos enfoques que son complementarios para la toma de decisiones en la práctica que es el conocimiento científico-técnico, por un lado -que siempre se ha asociado más a la medicina basada en la evidencia-, y por otro, la comparación de nuestros resultados. Y finalmente, cómo utilizar con éxito estas herramientas, qué condiciones favorecen si utilizamos estas herramientas de información para operativizar esta DBE”.

En lo que respecta a la información, Arias Enrich, destaca que para que esta produzca realmente beneficios aplicables a la DBE debe de ser “útil, es decir que se pueda trabajar sobre ella, en los diferentes niveles de la organización”, y debe de ser clara, concisa y orientada a los objetivos prioritarios”. A pesar de que considera que, gracias a la e-receta y a la historia clínica digital, se ha mejorado mucho en la calidad de la información disponible, también señala que “no

tenemos unos datos básicos a recoger del paciente para poder trabajar toda esta información y definir de forma más precisa y rutinaria cuáles son los tipos de pacientes que nosotros atendemos”. Y continúa: “Identificar claramente cuál es la tipología de pacientes es fundamental para cualquier organización sanitaria, así como lo es identificar el producto en cualquier empresa productiva”.

Sumando identificación del paciente e información

útil, se puede avanzar hasta el tercer elemento: “debemos utilizar indicadores de resultados que estén ajustados por el riesgo de nuestros pacientes, por la comorbilidad de

nuestros pacientes, para ser equitativos y evitar sesgos de interpretación. No podemos medir a todos con la misma vara porque debemos tener en cuenta que los pacientes pueden divergir en cuanto a su carga de morbilidad y esto condiciona nuestra práctica asistencial y los resultados que alcanzamos”.

Por último, Antoni Arias, destaca que además de todo lo anteriormente mencionando “es fundamental implicar a los profesionales, dar *feedback* sistemático con todos los niveles”.

## ORGANIZACIONES 2.0

Francisco José Barrionuevo Canto, presidente de Novasoft y del Consejo Social de la Universidad de Málaga, pone como ejemplo su propia empresa a la hora de abordar los que denominó “procedimientos de avance en organizaciones 2.0”. Así, señala que “a mi no me duelen prendas decir que Novasoft es una

**“NO SABEMOS LIDERAR, SABEMOS MANDAR, Y ESTE ES UNO DE LOS PROBLEMAS QUE HAY QUE ERRADICAR”**

organización desorganizada y no pasa nada, es decir, no está claramente identificado quién es quién". Y es que para Barrionuevo, "el gran problema de las organizaciones es que, al final, cuando se le da un título a alguien, automáticamente se crea un problema. No sabemos liderar, sabemos mandar y este es uno de los problemas que hay que erradicar". Por eso cree que ha llegado el momento de impulsar un nuevo tipo de liderazgo: el liderazgo creativo, que define como la capacidad de "ilusionar a todos los colaboradores que tenéis a vuestro lado. Es fundamental convencer con la razón porque de esa forma los conmovéis con la emoción". Para lograrlo, añade, hay que "desterrar creencias negativas, por ejemplo, mayor flexibilidad y libertad no significa menor compromiso de nuestros colaboradores. Y también hay que arriesgar. Hay que conseguir que nos podamos arriesgar y equivocarnos. En el riesgo

también está la equivocación y hay que crear una cultura donde el error no se pone en evidencia, sino que se intenta aprender de él".

En relación con este nuevo tipo de liderazgo aparece la necesidad de establecer nuevas estructuras, que Barrionuevo define como "arquitectura de participación" que es lo que significa para él, en el fondo, el término 2.0. Desde esa perspectiva asegura que "todavía hay muchas empresas que tienen un orden jerárquico donde los jefes están en primer lugar, luego están los clientes y después los trabajadores". Y asegura que "tenemos que pasar a un orden comercial donde están los clientes primero, luego los trabajadores o colaboradores y, por último, los jefes".

### NUEVOS RETOS EN GESTIÓN

En ese camino hacia la gestión 2.0 define una serie de retos entre los que destacan: conseguir que haya una organización que tenga un nuevo propósito motivador, ético y comunitario; cambiar radicalmente el estilo de mando, "eliminando la patología de la jerarquía piramidal para dar paso a una jerarquía dinámica en la que el poder fluya rápidamente a quienes aportan valor; la estrategia la tiene que "desarrollar la tropa"; hay que despolitizar las decisiones para capturar la variedad de puntos de vista; y hay que potenciar la "tolerancia al error: hay que fracasar para poder triunfar".

Uno de los puntos candentes en la gestión sanitaria es mantener el gasto a niveles aceptables, algo en lo que tiene un papel fundamental la farmacoecono-

mía. "Hay muchos agentes", explica Antonio García Ruiz, director de la Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento de la Universidad de Málaga, "que están involucrados en el mundo del medicamento. Desde el propio Ministerio de Economía y Hacienda, pasando por los dispensadores, prescriptores y los propios laboratorios". Además, añade, hay toda una serie de aspectos sociosanitarios relacionados con el medicamento como "la universalización de la prestación farmacéutica, la aparición de nuevas patologías y el incremento de la esperanza de vida".

Ante este panorama García Ruiz señala algunas características del sistema español que no siempre

se tienen en cuenta antes de afrontar el tema del gasto farmacéutico. En primer lugar destaca, la "mitomanía farmacéutica" española, que convierte al medicamento en el eje de todo. Además, indica que "el envejecimiento solo

**"EN EL RIESGO TAMBIÉN ESTÁ LA EQUIVOCACIÓN Y HAY QUE CREAR UNA CULTURA DONDE EL ERROR NO SE PONE EN EVIDENCIA, SINO QUE SE INTENTA APRENDER DE ÉL"**

ocasiona una subida del 0,6 por ciento anual", mientras que el crecimiento del gasto entre los años 2002 y 2009 fue del 41 por ciento, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En cuanto a las medidas para lograr controlar el gasto, Antonio García apunta a dos principalmente. Por un lado, "hay que sustituir el actual sistema de precios de referencia. Cuando hay libertad de precios en un mercado y hay mucha competencia el precio baja siempre por acaparar, por coger esa cuota de mercado. Si fijamos, y eso es lo que demuestra la evidencia y está publicado, precios de referencia, todo el mundo tiende al precio de referencia, me voy a la media y de ahí no me muevo, con lo cual estoy evitando que se puedan conseguir mayores ahorros". Y por otro, hay que buscar la "corresponsabilidad del paciente". En este punto en concreto, el profesor considera que el paciente tiene mucho que decir y que hacer, sobre todo a la hora de afrontar tasas de copago que ya se están realizando de forma eficaz, pero, recalca, "una tasa de copago hay que hacerla según renta. Es evidente también que los precios tienen que ser diferenciales: mientras más necesario y más coste efectivo sea el medicamento, menos copago".

Por último, señala, "los recursos de que disponemos tienen mentalidad de silo: cada uno tiene su compartimento, farmacia de Atención Primaria por un lado y hospitalaria por otro; el distrito por un lado y el hospital por otro. Creo que lo que debería predominar ante todo es el paciente y que, por lo tanto, el tratamiento debería ser de todos".

# Reformando el modelo sanitario



EL CAMBIO ES EL MOTOR QUE MUEVE LA SOCIEDAD Y SU ADAPTACIÓN A ÉL HACE LO PROPIO CON LA GESTIÓN SANITARIA. EN ESA CONTINUA METAMORFOSIS LA AP BUSCA NUEVAS ESTRATEGIAS QUE VAN DESDE LA POLÍTICA DE INCENTIVACIÓN HASTA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA BUROCRACIA

**U**n modelo de Atención Primaria “total”. Esa es la apuesta que Juan Ortiz Espinosa, director del distrito Sanitario de Granada, y todo su equipo están realizando desde 1998. Y es que en opinión de Ortiz “para salir de la crisis lo que hay que hacer es apostar por la AP”, pero no por cualquier forma de AP, sino por una “de calidad y orientada al ciudadano, con profesionales motivados y capacitados, con alta capacidad de resolución, con alto nivel de autonomía y en un modelo organizativo descentralizado, participativo y muy eficiente”.

Un ejemplo de ese modelo de AP es el desarrollado en Granada en los últimos años. Según Ortiz Espinosa, una de sus características definitorias es que “la gestión clínica se basa en darle al profesional mucho protagonismo, corresponsabilidad y autonomía. Hay que trabajar mucho la comunicación y la transparencia”. Por ello, “existe un cuadro de mando muy ágil que se elabora en el distrito donde están todos los objetivos todos los meses y que están puestos en una intranet corporativa que tenemos. Hay mucha descentralización de la gestión. El sistema de incentivos está desde hace tiempo, es muy conocido y está bastante consolidado”.

Además la autonomía de los equipos se refleja también en que son ellos mismos los que “ponen los objetivos o negociando dentro del marco y las reglas del juego”.

Otro factor clave: “Tenemos un modelo organizativo interno de atención integral. Es un modelo basado en un cupo de pacientes por profesional con responsabilización total. No tenemos especializaciones dentro de los centros, es decir, no tenemos médicos o enfermeros que se dediquen a una cosa y otros a otra. Los profesionales son responsables de la atención de los pacientes desde que nacen hasta que mueren. Salvando el área pediátrica, que sí que hay pediatras en toda Andalucía, el resto es responsabilidad de los profesionales que atienden al paciente”.

Juan Ortiz destaca asimismo que “uno de los pilares importantes por el que nosotros apostamos desde que se creó la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza era por la acreditación de calidad. Actualmente tenemos más del 25 por ciento de los profesionales acreditados”.

El modelo expuesto por Ortiz ha conseguido hasta el momento buenos resultados de índole económica, disminuyendo la hiperfrecuentación a las consultas y el gasto farmacéutico e incrementando la capacidad de resolución de los médicos y el grado de satisfacción de los pacientes. Por eso, considera que “las ventajas de invertir en Atención Primaria son muchas: se produce un menor coste, menos hospitalización y menos efectos adversos; se produce un mayor nivel de salud; garantiza la accesibilidad y la equidad; produce mayor satisfacción de los ciudadanos y de los profesionales; existe una red de infraestructuras sanitarias que generan empleo y cohesión social; mejora la eficiencia y garantiza la sostenibilidad del sistema”. En cuanto a las ventajas económicas, asegura, “estoy en condiciones de decir que produce una eficiencia en el sistema que puede ser igual a los costes que soporta, es decir, el uno por ciento del PIB”.

### CÓMO Y CUÁNDO INCENTIVAR

Luis Palomo Cobos, responsable de docencia e investigación del Área Salud de Cáceres, aborda el tema de los incentivos como método para mantener la mejora continua de la calidad del servicio prestado. Para Palomo hay cuatro ideas básicas que se han de tener en cuenta a la hora de abordar el tema: “Una de ellas es que se necesitan buenos indicadores y buenos sistemas de información antes de introducir incentivos monetarios. Otra idea importante es que la satisfacción de los profesionales está más vinculada a la calidad que a la cantidad. Una tercera idea es que los incentivos pueden incrementar las desigualdades porque muchas veces se basan en mediciones de parámetros y datos clínicos de actividad, que son los que mejor se registran pero no son necesaria-

mente los que mejor información dan. La cuarta idea es que una vez alcanzado un determinado nivel de objetivos, superar ese nivel es muy difícil”.

Una vez señalados estos cuatro puntos de partida, Luis Palomo se adentra en los tipos de pago que existen actualmente y señala que hay “tres sistemas reconocidos: el pago capitolativo, el pago por salario y el pago por acto médico”. Palomo defiende que “el sistema de pago menos incentivador es el pago por salario” y que “también se sabe que al médico pagado por acto le interesa realizar muchas consultas, sea a los mismos pacientes o a pacientes distintos”.

En cuanto al punto de vista del paciente, estos declaran “mejor satisfacción cuando la asistencia recibida la proporcionan médicos que reciben su parte fundamental de salario por capitolación”, explica Palomo Cobos. Y añade: “El pago capitolativo produce mejor identificación del profesional con los pacientes. También se sabe que la confianza en el médico es mayor entre los pacientes que desconocen cómo se le paga”.

Luis Palomo expuso las seis variables sobre las que, según

los últimos estudios “se articulan y defienden las mejoras para la Atención Primaria”. Serían estas: “otorgar a los médicos la función de puerta de entrada; comprometerlos con el gasto; combinar capitolación y salario; favorecer la tendencia de los médicos a asociarse –esto es, dar más autonomía a los centros–; incrementar la cobertura asistencial

universal, algo en lo que estamos en el buen camino en España; y reducir las camas de hospitalización de agudos”.

Respecto a la incentivación y la promoción de la calidad, el responsable de docencia e investigación del Área Salud de Cáceres considera que las diferentes fórmulas de “pago por calidad” tienen un común tres cosas: “los objetivos de calidad están perfectamente delimitados, además los criterios son estándares y explícitos, y, por último, generalmente los incentivos son monetarios”. Además, añade que, como norma general, “los incentivos vinculados a calidad mejoran más el registro o la documentación que la propia calidad asistencial”, y que “los servicios con peores niveles de calidad son los que más mejoran”.

Por último, Palomo Cobos afirma que “en España hay un problema y es que los médicos no soportan la responsabilidad económica de sus decisiones”. Y finaliza destacando la “enorme discrepancia que se da en la forma de incentivar a los diferentes niveles de atención: los médicos de Atención Primaria están acostumbrados a que se les incentive por no hacer –no derivar, no pedir pruebas, no recetar– y en cambio, a los médicos de los hospitales se les incentiva por todo lo contrario –hacer más consultas primeras, más consultas sucesivas, más cirugía...”.

**“EN ESPAÑA HAY UN PROBLEMA: LOS MÉDICOS NO SOPORTAN LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA DE SUS DECISIONES”**



# La corresponsabilidad del paciente

RESULTA IMPOSIBLE, ADEMÁS DE INÚTIL, ESTABLECER UN MODELO DE GESTIÓN EN EL QUE NO SE TENGA EN CUENTA EL PAPEL QUE DESARROLLA EL PACIENTE. SU ROL HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS Y DEBERÁ SEGUIR HACIÉNDOLO PARA INTEGRARSE CADA VEZ MÁS COMO PARTE ACTIVA DEL SISTEMA SANITARIO

**E**l concepto de derechos de los pacientes es, en realidad, una continuidad histórica y social del concepto de derechos de los ciudadanos que aparece en el marco de un modelo sociopolítico, que es el modelo que llamamos paternalista”, explica Pablo Simón Lorda, profesor del Área de Ciudadanía y Ética y director de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Y ese paternalismo, continúa, “ha funcionado tanto en el ámbito médico como en el sociopolítico hasta que ambos han entrado en crisis a la vez”. A pesar de la crisis del modelo, el profesor señala que “muchos profesionales

siguen pensando que el deber que tiene el ciudadano-paciente en el fondo sigue siendo el de obedecer y esto no es así”, porque “ahora estamos en un momento en el cual hay una vuelta del discurso, que a mí me parece muy bien, de responsabilización de la ciudadanía”.

En este nuevo marco, para Pablo Simón lo preocupante es “que no convirtamos la responsabilización en culpabilización porque habrá que preguntarse por qué la gente hace determinado uso de los sistemas de salud”. Y plantea dos cuestiones: “¿Hemos invertido en lo que debemos invertir?” y “¿no hemos colaborado nosotros

como profesionales a generar una idea de salud absolutamente hipertrófica, absolutista y en el fondo medicalizada?”. Y es que Simón considera que “el mal uso que hacen a veces los pacientes está vinculado también a determinadas maneras de entender la estructura sanitaria y de comportarnos los profesionales”.

Por todo ello, defiende que “una cosa que tenemos que hacer es repensarnos el modelo político, el modelo de hipertrofia de los derechos sin insistir en la responsabilidad ciudadana, otra es repensarnos la inversión. Y en tercer lugar, educar”. Porque “como no eduquemos de principio a fin, empezando por la escuela, acerca de qué es la salud y cómo utilizar los sistemas de salud, como no cambiemos la mentalidad de los profesionales nos va a ir mal”.

En España, explica José Manuel Freire, profesor y jefe del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad (ENS) del Instituto de Salud Carlos III, “tenemos un sistema sanitario que es de financiación pública y de provisión pública, lo que

público tiene un peso mucho mayor de lo que nunca imaginamos en esta suerte de estancamiento organizativo que tenemos, en la baja prioridad política que tiene la sanidad en el contexto español”.

De modo que, finaliza, “el buen gobierno no es solamente profesionalizar los gerentes, incluir consejos de administración (que los incluye), es fundamentalmente dar calidad a la transparencia democrática. Hacer, por ejemplo, que los ciudadanos participen en el sistema sanitario”.

### EL PACIENTE CONECTADO

Como ejemplo práctico, Elena Víboras Jiménez, médico y alcaldesa de Alcalá La Real (Jaén), expuso el caso de su localidad donde explicó “hemos intentando hacer promoción de salud como una temática común para todas y cada una de las concejalías”.

“En Alcalá la Real”, explicaba la alcaldesa, “comenzamos a finales de los años 80 con un programa que se llamaba *Ciudades saludables* con el que pusimos el acento

**“EL BUEN GOBIERNO NO ES SOLO PROFESIONALIZAR A LOS GERENTES, ES DAR CALIDAD A LA TRANSPARENCIA DEMOCRÁTICA”**

llamamos técnicamente un sistema sanitario integrado. En este sentido, el país tiene un sistema similar a los mejores sistemas del mundo, los nórdicos, por ejemplo”. Sin embargo, existe respecto a esos países una diferencia clave que señala Freire: “los profesionales que en ella trabajan no son considerados funcionarios”.

Y continúa: “Tenemos un sistema sanitario que, al ser tan parecido al sistema de organización política del país, es tremendamente disfuncional. Prueba de ello es que cuando cambia el gobierno, cambiamos los directores de nuestros hospitales y los directores de Atención Primaria. Por ello, nuestros directivos son percibidos como una prolongación del *establishment* político”.

Ya centrado en el rol del paciente, explica: “Muy a menudo hablamos de nuestro sistema sanitario como centrado en los pacientes y la verdad es que no es cierto. Nuestro sistema sanitario está más centrado en cumplir las normas que se han ido acumulando en un *stock* que en responder a las necesidades del paciente del servicio”. Y es que “la administración que tenemos no es lo suficientemente proactiva, en general”. Para el profesor, “el reto mayor es hacer que de verdad la sanidad española sea de todos y para todos”. Y hace referencia a los “tres millones de españoles que tienen una sanidad distinta a la de la mayoría de los ciudadanos y son los españoles más influyentes, los que tienen mayor nivel educativo”, porque “el hecho de no tener a los mejores clientes dentro del sector

en la promoción y la prevención”. “El trabajo en equipo y la participación ciudadana era uno de los ejes irrenunciables”, añade. Entre otras cosas este modelo permitió al Ayuntamiento averiguar qué temas de salud preocupaban realmente a la población e invertir en las medidas necesarias para solucionarlos.

Carmen Termina Muñoz, embajadora en España de la *Diabetes Hands Foundation*, se adentró desde el punto de vista del paciente en el papel que las redes sociales pueden jugar en el nuevo rol del paciente. “Internet ha abierto un mundo de información al alcance de todos, y en cuestión de salud también”, explica. Y en concreto, añade “las redes sociales se han convertido en una gran herramienta para los pacientes. En ellas encuentras información y puedes conocer a muchas personas que viven tu misma experiencia”.

Sin embargo, Carmen Termina señala que “hay que tener mucho cuidado con la información; nunca debemos cambiar los tratamientos, medicamentos o tomar alguna hierba mágica sin consultar con nuestro médico. Nunca debemos sustituir al médico, algo que, por otra parte, no está en nuestro ánimo, eso lo tengo muy claro. Estoy convencida que la gente en general sabe distinguir lo bueno de lo malo”.

Por todo ello, defiende que “Internet y las redes sociales pueden reducir las visitas menos importantes al médico y esto puede suponer un gran ahorro para la seguridad social. Al estar el paciente controlado y saber lo que tiene que hacer, no tiene tanto miedo y no está siempre en el ambulatorio”.

# web de **la salud**.es



Pensando  
**en su**  
paciente

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





# Comunicar salud: el paciente aliado

ENTRENE A SUS PACIENTES PARA ALCANZAR MEJORES RESULTADOS EN SALUD Y AHORRAR RECURSOS

[ Por **JACI MOLINS ROCA** ]

**E**l *coaching* es un sistema que facilita que el cliente o paciente pase de una situación actual a una deseada de una manera más eficiente. Se basa en establecer una relación de confianza que permita al cliente el cambio. Para conseguirlo, es indispensable que el *coach*, profesional que aplica el *coaching*, domine las habilidades de comunicación y conozca los pasos de la conversación posibilitadora del cambio. Con el *coaching salud* se mejora la relación médico-paciente, se consiguen cambios más efectivos en la aplicación de hábitos saludables y en la adherencia a los tratamientos en las enfermedades crónicas, un mayor control de los factores de riesgo, y por último, como consecuencia de todo ello, se ahorrarán recursos económicos en el sector sanitario.

Para conseguir que el paciente cambie, además de dominar otras habilidades de comunicación, el *coach* usa

como herramienta principal las preguntas: preguntas que ayuden al paciente a reflexionar, a tomar conciencia y hacerse responsable de sus propios cambios, preguntas que se centren en buscar soluciones y no solo se fijen en los problemas, preguntas que lleven a la acción para mejorar... El *coach* tiene que tener siempre presente que debe plantearle preguntas al paciente en todo el proceso de cambio y no decirle lo que tiene que hacer, ni darle consejos, para poderle ayudar de una manera más eficaz a que descubra sus propias respuestas.

## ¿QUÉ ES EL COACHING?

Es un proceso de cambio para conseguir objetivos de una manera más eficiente de lo que se haría si no se aplicara dicha metodología. Todas las personas deseamos mejorar y tenemos recursos para conseguirlo, si sabemos cómo;

en el *coaching* es esencial creer que las personas tienen capacidades. El *coach* lo único que hace es ayudarlo a descubrirlas y le facilita el camino para que sea más eficaz en su propósito. Para iniciar un proceso de *coaching*, es indispensable que el cliente tome conciencia de su situación, se responsabilice de lo que le está pasando y realice las acciones que le ayuden a cambiar. El paciente debe elegir libremente si desea cambiar y qué acciones va a realizar, y siempre debemos respetar sus decisiones porque en el *coaching* es básico el principio de autonomía.

El *coaching* para la salud tiene las mismas características que el personal, pero con objetivos de salud. De modo que sirve para mejorar diferentes aspectos vitales relacionados directamente con esta: instaurar hábitos saludables (dieta, ejercicio, eliminar el tabaco...), mejorar la adherencia a los tratamientos y controles en las enfermedades crónicas, etcétera. Todos conocemos a pacientes que, con una misma patología y mismo grado de afectación, se sienten sanos y llevan una vida normal y otros, en cambio, están centrados solo en su enfermedad y se sienten mucho más incapacitados. Porque hay que tener en cuenta que en la enfermedad intervienen otros



factores, a parte de los biológicos, como son los psicológicos y sociales: modelo biosicosocial de la enfermedad de Engel.

En el *coaching* para la salud se pretende que el paciente, además de realizar acciones de mejora para conseguir sus objetivos, también descubra qué es lo que le está limitando el cambio y modifique sus creencias, pensamientos y actitu-

## ¿CÓMO?

El *coaching* es una metodología que se basa en dos pilares: las habilidades de comunicación del *coach* y los pasos de la conversación posibilitadora del cambio.

1. Las habilidades de comunicación son las que facilitan una relación de confianza entre el médico y el paciente, requisito indispensable para facilitar el cambio. Las herramientas que se usan son las mismas que en otras disciplinas aunque no se llame *coaching*. Estas son algunas de las más importantes:
  - Empatía. Implica ponerse en el lugar del paciente, pero no necesariamente estar de acuerdo.
  - Escucha profunda o activa: escuchar a la persona en su totalidad, emociones, sentimientos... Además de las palabras, debemos estar pendientes de su tono de voz y de su lenguaje no verbal.
  - Hacer preguntas poderosas que faciliten el cambio, en lugar de aconsejar.
  - Dar *feed-back* de lo que observamos, sin juzgar, y, sobre todo, celebrar y felicitar al paciente por las acciones y cambios, aunque estos sean pequeños.
2. En cuanto a los pasos de la conversación del *coaching*, son los que nos permiten conseguir los objetivos de una manera más efectiva. Estos pasos hay que tenerlos siempre presentes aunque a veces no sigamos el mismo orden. Al igual que cuando hacemos una historia clínica, debemos ser flexibles y adaptarnos al paciente, a la enfermedad y al proceso evolutivo que presente cada uno en particular. Los pasos posibilitadores del cambio son:
  - Priorizar. Si hay varios existen más posibilidades de conseguirlos uno a uno que todos a la vez
  - Objetivo. Definirlo y saber de dónde partimos y a dónde se quiere llegar y después trocear el camino.
  - Opciones. Qué posibilidades tenemos y cómo lo haremos
  - Obstáculos. Prever los que hay y la manera de resolverlos
  - Compromiso. Al comprometernos con otra persona, es más probable que se cumplan las acciones.
  - Seguimiento. Dar *feed-back* y plantear otro objetivo, si es necesario.



## EL COACHING SALUD HACE QUE EL PACIENTE SE SIENTA MÁS CAPAZ Y SE RESPONSABILICE DE SUS PROPIOS CAMBIOS Y OFRECE AL MÉDICO MÁS HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN

des para que se sienta más responsable y más activo respecto a su propia salud. En definitiva, es importante ayudar al paciente a que se sienta más capaz y menos enfermo.

### COACHING VS. PSICOTERAPIA

El *coaching* se aplica a personas que están sanas a nivel mental y que desean mejorar, según definición de ICF (*International Coaching Federation*), o adaptarse de la mejor manera posible a su enfermedad, en el caso de un paciente. Por contra, la psicoterapia va dirigida a los que presentan algún trastorno psicológico que requiere de una terapia para volver a la normalidad o a un nivel más funcional. Los dos se basan en conseguir el cambio de la persona y a menudo usan herramientas comunes, como son las habilidades de comunicación.

El *coach* es el profesional que aplica el *coaching*. La palabra procede del inglés y significa entrenador, pero es un tipo especial de entrenador que no le dice al paciente lo que tiene que hacer, sino que le hace preguntas para que sea él mismo quien descubra sus propios recursos y realice los

### DÓNDE Y CUÁNDO

En la misma consulta del médico o enfermera, en una consulta privada o en otro espacio externo. También existen otras modalidades de *coaching*, como el telefónico o vía correo electrónico que son muy efectivos para el seguimiento del proceso, después de la entrevista inicial. La duración de las sesiones de *coaching* pueden variar de 10 a 60 minutos, según el contexto.

Si bien es una realidad que el médico cuenta con poco tiempo en la consulta y que el *coaching* requiere, en un principio, más dedicación para aplicarlo en una consulta normal, el tiempo invertido inicial se recuperará después, si el paciente se hace más responsable de su propia enfermedad y de instaurar las acciones para mejorar. Además, tanto el médico como el paciente se sentirán mucho más satisfechos con los resultados, y también habrá un ahorro económico en recursos sanitarios, como se justifica en algunos estudios.

## PARA CONSEGUIR QUE EL PACIENTE CAMBIE, ADEMÁS DE DOMINAR OTRAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN, EL COACH USA COMO HERRAMIENTA PRINCIPAL LAS PREGUNTAS

cambios de una manera más efectiva. En el área de la salud, el *coach* puede ser interno, ejercido por el mismo profesional (médico-coach, enfermera-coach...) que trata al paciente, si está formado para ello, o externo, ejercido por un *coach* que facilita el proceso de cambio en aspectos de salud.

### EXPERIENCIAS REALES EN SALUD

A pesar de que hay escasa bibliografía de *coaching* aplicado a salud, ya existen algunos estudios que demuestran su eficacia. Uno de los más significativos, aleatorizado y multicéntrico, lo realizó en Australia en el año 2003 el grupo COACH. Un grupo de enfermeras y dietistas aplicaron *coaching telefónico* a pacientes que habían sufrido un infarto y demostraron que habían mejorado las cifras de colesterol, además de otros factores de riesgo, comparando con un grupo control en el que solo se les había dado educación sanitaria estándar.

En algunas mutuas estadounidenses han instaurado el *coach*-gestor del paciente como figura intermediaria entre el médico y el paciente para mejorar la efectividad de las visitas: se aplican más las medidas preventivas y se controlan mejor las enfermedades crónicas. A nivel económico, dichas mutuas ya han cuantificado el valor de su inversión: por cada dólar que gastan en el salario de un *coach*, ahorran cuatro en beneficios gracias a la disminución de reingresos en urgencias.

En España, y a pesar de que el *coaching* ha llegado más tarde, ya ha experimentado una gran expansión, sobre todo en el sector empresarial (el personal es más reciente en nuestro país). A nivel sanitario, el *coaching* se conoce principalmente en el ámbito de la dirección aplicado a los equipos y colaboradores, pero todavía es bastante desconocido aplicado directamente a los pacientes, sobre todo a nivel de centros de salud y hospitales públicos. Aunque no hay estudios aleatorizados de *coaching* salud en nuestro país que demuestren su eficacia, ya existen casos publicados de pacientes con patologías crónicas que han recibido *coaching* interno en consultas externas de un hospital, y cabe también mencionar algunas experiencias de *coaching* externo en pacientes oncológicos en centros privados. Es interesante citar que actualmente en las facultades de medicina ya se imparten asignaturas curriculares de comunicación con el paciente y en algunos másteres universitarios de *coaching* se incluye un módulo de salud (Universidad Pompeu Fabra, UB y URV...). Asimismo, en algunos hospitales y centros sanitarios, también se está haciendo formación en comunicación con el paciente y *coaching*, aunque este último sea todavía excepcional. A pesar del desconocimiento de esta materia por parte de los propios interesados, los pacientes, algunas asociaciones de enfermos (diabéticos, Parkinson, cardiopá-



tas...) ya empiezan a conocer la figura del *coach* y solicitan charlas y artículos para sus revistas.

En definitiva, el *coaching* no es una alternativa a los tratamientos habituales, sino una metodología complementaria para mejorar la comunicación entre médicos y pacientes con el objetivo de promover medidas preventivas y controlar mejor las enfermedades crónicas, y que permite que, a la vez, también se consigan ahorrar recursos económicos del sistema sanitario.



*Jaci Molins Roca es jefa del Servicio de Rehabilitación de la Xarxa Sanitària i Social de Sta. Tecla (Tarragona); profesora del posgrado de coaching de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona.*



# Recetando ESPERANZA

LA EMPATÍA Y LA COMUNICACIÓN ABIERTA DEBERÍAN ESTAR SIEMPRE EN SU MALETÍN DE MÉDICO AL TRATAR A PACIENTES GRAVEMENTE ENFERMOS

[ Por **M. P. RAVINDRA NATHAN** ]

• Cómo reaccionaría si su médico le dijera que le quedan seis meses de vida? Una muerte inminente. Conmoción, depresión, ansiedad extrema, miedo, abatimiento y, por último, una actitud tipo “oh, qué narices, algún día tengo que morir”.

Ted Nolin (ningún nombre es auténtico) se sintió así cuando le dijeron que sus días estaban contados. A la edad de 70 años, le diagnosticaron una insuficiencia cardiaca. Ted había sufrido hipertensión y diabetes, pero al ser ingresado una tercera vez por edema pulmonar y dificultad respiratoria pensó que sus peores temores se estaban convirtiendo en realidad. Y su cardiólogo, el Dr. Hamby, no se mostraba muy alentador.

“Su marido tiene una insuficiencia cardiaca severa recurrente y probablemente le queden unos seis meses de vida”, le explicó a la Sra. Nolin. Ella se echó a llorar. Cuando le dieron la noticia a Ted, se entristeció pero se mantuvo fuerte.

“Es la voluntad de Dios, supongo”, dijo.

Cuando Ted ingresó en el hospital por cuarta vez, yo estaba de guardia en cardiología. El médico de Atención Primaria me llamó y me dijo, “Dr. Nathan, ¿puede ocuparse de este paciente? Tiene una cardiomiopatía dilatada e insuficiencia cardiaca recurrente; el Dr. Hamby cree que es terminal y que probablemente le queden seis meses de vida. El paciente y la familia ya lo saben. Y el Dr. Hamby no viene a este hospital tan a menudo”.

Yo sabía que el Dr. Hamby seguía yendo al hospital a atender a sus pacientes privados. Al parecer, había desistido de este caso.

“¿Qué quiere que haga? Si la enfermedad es terminal y todo se ha intentado ya, ¿qué más puedo hacer además de proporcionarle la mayor comodidad posible?”, pregunté educadamente al médico de Atención Primaria. Al final, acepté el paciente y me dispuse a proporcionarle cuidados paliativos.

## UN CAMBIO DE CORAZÓN

Cuando acepto un paciente de otro médico, mi política siempre es revisar el historial médico y todos los aspectos del cuidado a fin de comprender a fondo la enfermedad y pensar si puedo hacer algo más por el paciente o encontrar algo que se haya pasado por alto. Me interesa conocer los hechos de primera mano. Todos nosotros tenemos una agenda apretada y a veces no disponemos del tiempo suficiente para sentarnos con la familia y repasar cada aspecto de la gestión de la enfermedad, a pesar de todos

nuestros esfuerzos.

Al revisar los antecedentes, los datos clínicos y todas las pruebas estaba claro que el paciente padecía una insuficiencia cardiaca terminal. Los estudios clínicos revelaron que había desarrollado cardiomiopatía dilatada no isquémica severa con una fracción de eyección apenas superior al diez por ciento (lo normal es que supere el 55 por ciento), sin duda potenciada en parte por su diabetes, hipertensión moderada y cierto consumo de alcohol. Le habían recetado los fármacos habituales, como digoxina, diuréticos y vasodilatadores; no obstante, el consumo de estos fármacos no fue suficiente para evitar los ingresos recurrentes. Se consideró el trasplante de corazón, pero Ted era demasiado mayor para someterse a una terapia tan exigente.

Ahora que sus cuidados estaban en mis manos, decidí hacer todo lo posible por aliviar su sufrimiento. Cuando lo vi por primera vez en urgencias, estaba paralizado por el

miedo y le costaba respirar, todo ello junto a una sensación de muerte inminente. Rápidamente le libré de su edema pulmonar. Con la enfermedad estabilizada, me senté junto a él y su esposa para ofrecerles mi asesoramiento.

En primer lugar, hablé sobre su dieta, explicándoles que podía vivir sin tanta sal e impuse una restricción de líquidos. “Solo unos seis vasos de líquido”, le advertí.

“Y otras cosa más”, añadí. “No puede simplemente sentarse en casa y ver la tele, esperando a que llegue la muerte. Nadie en el mundo puede predecir nada. Pero quizá podamos vencer a la muerte en su propio juego. ¿Qué me dice?”

Debí de pensar que aunque la idea fuera sugestiva, seguía siendo un concepto básicamente hipotético.

“Intentar saber cuántos años viviremos o cuándo vamos a morir es como querer resolver una adivinanza y cada persona es diferente. Debemos hacer todo lo que esté en nuestra mano antes de aceptar la derrota”, intenté animarlo.

## “LAS PALABRAS Y EL LENGUAJE CORPORAL DEL MÉDICO SON DE VITAL IMPORTANCIA”

De repente, aguzó el oído. Estaba más atento; ahora tenía un brillo en los ojos que no había visto antes.

“¿Quiere decir que tengo una posibilidad?”, preguntó.

“Por supuesto. Nada está escrito. Juntos podemos hacer que este corazón siga funcionando algunos meses más, o incluso años. Dé gracias por lo que tiene, Ted. Al menos no padece un cáncer de rápida propagación”.

Su mirada me dijo que había pasado de ser un hombre tímido a un intrépido soldado preparado para luchar por su vida.

“¡Ese es el espíritu! ¡Hagamos todo lo posible!”, le tranquilicé, sabiendo que sería un difícil viaje.

### UN NUEVO ENFOQUE

En las siguientes visitas, empecé con él un programa de ejercicio moderado apropiado para los pacientes con insuficiencia cardíaca, e incluso fue al programa de rehabilitación cardíaca del hospital adaptado a sus necesidades. Una agencia de asistencia domiciliaria instauró terapia con oxígeno y administró furosemida intravenosa ocasional según necesidad. Aunque solo tenía un ligero sobrepeso, consiguió perder algunos kilos.

A continuación, empecé a trabajar en su terapia farmacológica. Le receté algunos de los fármacos más novedosos, como el carvedilol, que acababa de salir al mercado, un diurético, suplementos de potasio, amiodarona contra sus arritmias ventriculares, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y, más tarde, un marcapasos de doble cámara cuando un día estuvo a punto de recibir tratamiento contra una frecuencia cardíaca lenta. Al final, empezó a caminar cortas distancias sin disnea. Como siguió mejorando,

las hospitalizaciones fueron cada vez menos frecuentes y su calidad de vida mejoró también.

Cuando superó la tan anticipada marca del primer año, tanto Ted como su familia estaban entusiasmados y me regalaron una bonita tarjeta de agradecimiento.

“Parece que lo voy a conseguir, ¿eh?”, comentó a mis empleados con una sonrisa.

### NO TODO ES CIENCIA

En Estados Unidos a menudo se asegura que la insuficiencia cardíaca es la causa más frecuente de hospitalización en personas de edad avanzada y que la tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca supera la de todas las formas de cáncer juntas. Cuando no se trata ni se monitoriza con cuidado, la insuficiencia cardíaca avanza inexorablemente, reduciendo la esperanza de vida final. Por tanto, es fundamental enseñar a los pacientes (y a sus familiares) cómo cuidarse por ellos mismos, seguir un estricto régimen de tratamiento y modificar sus hábitos de vida. Sin duda, los nuevos tratamientos han ayudado a detener el avance de la enfermedad y, en algunos casos, incluso a invertirlo.

Como los científicos, los médicos generalmente ponemos gran énfasis en los datos tecnológicos de un paciente, al mismo tiempo que intentamos dar el pronóstico. Pero la medicina también es un arte y hay que tener en cuenta muchos otros factores. Las palabras y el lenguaje corporal del médico son de vital importancia a la hora de comunicarse con pacientes enfermos de gravedad. Junto con el cuerpo, la mente también tiene un potencial ilimitado y, si se utiliza adecuadamente, puede contribuir al proceso de curación. Debemos sacar tiempo para ofrecer compasión, simpatía y comprensión cuando tratamos a pacientes gravemente enfermos. Podríamos cambiar “le quedan seis meses de vida” por “padece una enfermedad grave, pero haremos todo lo posible por controlarla y hacer que se sienta mejor”. Nadie puede predecir el futuro.

Ted Nolin vivió cinco años más y, al final, cuando lo derivé a un centro de cuidados paliativos, su esposa me envió una nota muy dulce: “Gracias por darle a Ted la esperanza que tanto necesitaba y hacer que todo esto fuera posible. Dios le bendiga”.

El caso de Ted reconfirma la máxima general: “Dé siempre esperanzas a sus pacientes y nunca permita que nadie se las arrebaté”. Como médicos, debemos darnos cuenta de cuánta esperanza podemos brindar a nuestros pacientes ofreciéndoles empatía, una comunicación abierta y actuando en su mejor interés.



*El autor es un cardiólogo certificado que ejerce en Brooksville, Florida. Envíe sus comentarios a [medeconomics@drugfarma.com](mailto:medeconomics@drugfarma.com).*

# La Farmacia en el nuevo escenario político



CIFRAS COMPLICADAS Y POCAS SOLUCIONES REALES. ESE ES EL PANORAMA QUE LOS TRES REALES DECRETOS APROBADOS DESDE EL 2010 HAN DEJADO AL SECTOR FARMACÉUTICO Y ASÍ LO MOSTRARON LOS PARTICIPANTES EN LA ÚLTIMA SESIÓN DE *LOS JUEVES DE MEDICAL ECONOMICS*

Con la colaboración de



[ Por **A. C. D.** ]

La situación del sector farmacéutico español es crítica y no puede seguir avanzando en la misma dirección sin correr un grave riesgo de quedar en situación “de extinción”. Así de tajantes fueron las conclusiones extraídas por los protagonistas del encuentro celebrado en el marco de *Los Jueves de Medical Economics*, foro de debate que dirige el expresidente de la OMC Guillermo Sierra.

Bajo el título *La farmacia en el nuevo escenario político*, la jornada, que como viene siendo habitual,

también se pudo seguir en directo a través de Internet, reunió a Emili Esteve, director del Departamento Técnico de Farmaindustria; Enrique Bermejo, director general de Nutricia; Carlos González Bosch, presidente de Cofares; Cecilio Venegas Fito, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz; y Encarnación Cruz, subdirectora de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos de la Consejería de Sanidad de Madrid.



## Emili Esteve Sala

Director Departamento Técnico. Farmaindustria

Emili Esteve recaló la delicada situación del sector que “está tremendamente regulado y depende por completo para su desarrollo de las decisiones que tome el regulador”. Expresó la urgente necesidad de fijar “un plan de viabilidad que se base en tres puntos: resolver el problema de la actual deuda, eliminar la infraprestación

histórica del sector y ajustar temas como los precios de referencia, la receta electrónica o los genéricos que se encuentran actualmente en un estado de poca definición”. Y es que para el director técnico de Farmaindustria “necesitamos ser eficientes y claros, pero también que nos cuadren las cuentas para obtener beneficios porque de lo contrario nuestro sistema sanitario se endeudará aún más”.

## Enrique Bermejo Guijarro

Director General. Nutricia



No soy optimista respecto a que no haya otro decreto” aseguró Enrique Bermejo acerca de la tendencia política a recurrir a la Farmacia como método para ajustar las cuentas, ya que, argumentó, “la situación que se prevé para los próximos 18 meses es muy negativa y, por lo tanto, será necesario continuar reduciendo el gasto”, pero advirtió que también es imprescindible introducir liquidez al sector para que este pueda sobreponerse. Además, Bermejo subrayó la necesidad de

establecer, en consenso con la clase política y todos los agentes implicados, una estrategia real que implique acciones concretas, y aseguró que para hacer realidad esa estrategia “necesitamos personas con coraje, líderes que tengan, por un lado, el conocimiento de lo que hay que hacer y, por otro, la credibilidad suficiente como para hablar de ello y explicarlo continuamente”.



## Carlos González Bosch

Presidente. Cofares

El presidente de Cofares aseguró que “el próximo gobierno tiene que hacer una auténtica operación rescate” porque “hemos creado un modelo muy válido asistencialmente pero que corre el riesgo de ser ya inviable económicamente”. “No tiene sentido”, explicó, “que el precio de los medicamentos haya bajado en los últimos

cinco años un 27 por ciento, alcanzando el nivel de precios más bajo de toda Europa. No hay ningún otro servicio que tenga esta diferencia tan abismal”. Como consecuencia, “el coste de la dispensación es mayor que el beneficio”, una situación que González Bosch califica de insostenible y que le lleva a afirmar que “la sanidad no se puede financiar solo con impuestos. Es necesario activar tasas por el uso de servicios”.

## Cecilio Venegas Fito

Presidente. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz



Para Cecilio Venegas el sector “es tributario de unas medidas atropelladas, improvisadas y realizadas todas a la vez, que han hecho cundir el desánimo y la desorientación”. Además, defiende que todas las medidas tomadas en el último año y medio recurren a sostener el sistema en base a dos cosas: “sueldos de miseria para los profesionales y precios de miseria para el medicamento”.

Sin embargo, Venegas destaca un factor positivo, “el único”, dentro de la mala situación actual: “la sociedad es ahora más consciente del valor de la farmacia y está preparada para asumir nuevas responsabilidades, incluyendo afrontar el pago de algunas medicinas”.



## Encarnación Cruz Martos

Subdirectora de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos. Consejería de Sanidad de Madrid

La representante de la Administración fue la más conciliadora en su intervención y puso todo su énfasis en recordar que “a todos nos interesa la sostenibilidad del sistema porque

estamos en el mismo barco” y que, por lo tanto, “todos tenemos que poner algo encima de la mesa para solucionarlo”, procurando siempre, aseguró, que las medidas sean consensuadas ya que “algunos decretos también nos pillaron por sorpresa a nosotros”.

**El sector de la Farmacia siempre ha hecho gala de su contribución a la sostenibilidad del SNS, pero ¿no debería primero sostenerse a sí misma y buscar arreglo a sus problemas actuales?**

**Enrique Bermejo:** La situación en España es que financiamos al Estado pero nosotros tenemos que autofinanciarnos en un mercado cada vez más convulso. Así que, desde el punto de vista del productor, hay tres variables sobre las que pivotar para buscar soluciones. La primera es la innovación, respecto a la cual creo que en España no volveremos a vivir tiempos como los de antes en que había dinero para financiar las investigaciones. La segunda, la gestión por geografía. Si un país no te paga la inversión, entonces te vas a otro. Lo preocupante de esto es que España se está convirtiendo en un país moroso, dentro del panorama internacional y, por tanto, poco

producción española que se encuentra con que su único escenario de operaciones está en recesión. En cuanto a qué podemos hacer nosotros. Tenemos soluciones para tratar de resolver algunos de los aspectos que ahora son conflictivos y se los contamos a las administraciones. Y van las administraciones y nos dicen “esto lo tenemos que arreglar con un debate y un diálogo”, pero a la hora de la verdad el diálogo es solo para las frases. Por supuesto que queremos que esto siga siendo sostenible, el principal interesado en que el sector funcione y lo haga bien es el propio sector, es decir, la industria, la distribución y las farmacias.

**Carlos González:** Desde el punto de vista operativo, la distribución y los mayoristas son un lujo para este país. Somos el único sector capaz de poner hasta tres y cuatro veces por día cualquier producto en cualquier lugar del país. El problema es que nos estamos quedando



atractivo para la inversión, con lo cual la sociedad pierde una gran cantidad de conocimiento que se desplaza a otros lugares. Por último, está la opción de diversificar el modelo de negocio. Es algo extraordinariamente complejo ya que implica trabajar con dos modelos distintos y saber manejar ambos, pero es algo que se empieza a ver. Por ejemplo, el duplo farmacia-alimentación, tal y como ocurre con mi empresa que es Nutricia y pertenece a Danone.

**Emili Esteve:** Efectivamente, las condiciones que tenemos en España no son demasiado buenas y el país no es un buen campo para abonar (desde el punto de vista de la inversión), pero es que tenemos un problema adicional, que es ese 50 por ciento aproximadamente de

do sin suelo bajo los pies porque, en primer lugar, nos hemos convertido no solo en proveedores de farmacia sino en financiadores de ella porque hay una serie de regiones donde los problemas económicos y de impagos están llegando a una situación límite.

**Cecilio Venegas:** A final de año serán aproximadamente 10-12.000 farmacias las que estén sin cobrar en España: la mitad del total. Esto puede parecer un dato nada más, pero nos genera unos problemas enormes. La industria y la distribución tenemos unos márgenes estrechísimos en fármacos caros. Y luego en los de 85 céntimos, para sacar los 850 euros del salario mínimo interprofesional fíjese lo que hay que vender. Aunque

esto no es nuevo en la farmacia. En mi Colegio, que tiene 114 años, tengo unas cartas preciosas del siglo XIX donde los farmacéuticos se despiden de los pueblos. En Barcarrota, en la provincia de Badajoz, dice en 1896: "...o el ayuntamiento me subvenciona por la beneficencia o tengo que abandonar el pueblo". O sea, que la farmacia vuelve a estar subvencionada como en el siglo XIX. Y creo que algo que necesita subvención para llegar al último punto es algo que no funciona.

### ¿Se puede hablar de nuevo escenario político cuando el déficit sigue creciendo y no se atisban soluciones?

**Carlos González:** Sostengo la tesis, y además no es difícil avalarla, que en una situación como la que atravesamos de declive económico, muchas autonomías no están en condiciones de financiar el gasto sanitario que generan, si no es con la apelación a los recursos de la sociedad que se beneficia de ellos. Y eso los políticos tienen que empezar a barajarlos, les guste o no. Hablo de que, entre todos, tenemos que ser capaces de saber que no se puede estar debiendo seis mil millones a Farmaindustria y más de mil millones a las oficinas de farmacia, lisa y llanamente porque no hay recursos para pagarles. Porque el año que viene tampoco los va a haber. Y no es que sea una cuestión de austeridad. Es de pura matemática. España ha vivido años en una situación económica boyante como consecuencia de un crecimiento económico motivado por dos medios: uno, cinco millones más de personas consumiendo como consecuencia de la inmigración; dos, una situación de la construcción muy favorable en un momento determinado. Esto se ha acabado y, mientras los políticos no me digan cómo quieren financiar la sanidad al margen de impuestos, yo seguiré intranquilo. Estoy convencido de que si no se pone claramente una financiación adicional que proviene de la utilización de los servicios, llámese a estos servicios hospitalarios, medicamento o lo que sea, esto no tiene solución.

**Emili Esteve:** Siempre se dice lo de que "podemos ser más eficientes en el mundo del medicamento y eso nos va a solucionar la vida". Pero eso no es de verdad. Estamos, como resultado de tres vueltas de tuerca con nombres de tres reales decretos, en una situación jamás vista en este sector. El año que viene [en referencia a 2012] sin medidas será muy malo, el otro probablemente también. Y entendemos que la solución pasa por sen-



**Bartolomé Beltrán, Alfonso Monfort y Honorio Bando estuvieron entre los asistentes al debate.**

tarnos a hablar. Pero esta vez absolutamente en serio. Y que los políticos hagan caso a la gente que conocemos el sector. Porque somos los primeros interesados en proteger nuestro sector. Y es algo que no está pasando. Y para que la innovación sea de todos debería consensuarse con el sector.

**Encarnación Cruz:** En lo que respecta a la Comunidad de Madrid, nosotros somos muy conscientes del papel de la Farmacia, por eso priorizamos el pago a la oficina de farmacia. La Administración también quiere trabajar en un marco predecible porque, en el fondo, también somos una empresa. Por eso, creo que todos tenemos que plantear todas las medidas que se nos ocurran y debatirlas con franqueza.

*"España se está convirtiendo en un país moroso, dentro del panorama internacional y, por tanto, poco atractivo para la inversión"*

### Enrique Bermejo

**Carlos González:** La Comunidad de Madrid tiene sensibilidad para decir "oiga, comprendo que si no llega el presupuesto usted puede acudir a la financiación bancaria. Pero yo luego me voy a hacer cargo de esta financiación que usted ha tenido que pedir". Eso me parece razonable. Pero porque puede, pero Valencia no puede, Cataluña no puede, Castilla-La Mancha no puede. Y el año que viene tampoco va a poder. ¿Y cómo lo va a solucionar? ¿Con impuestos? ¿De dónde? Si no hay actividad económica para recaudar impuestos. Ese es el dilema. Y eso es lo que los políticos tienen que decirnos a los ciudadanos y a los sanitarios. Porque no sostenemos el sistema, ahogamos a los agentes del sector. Y ahora decimos que tenemos que iniciar un debate, un diálogo. No, lo que tenemos que iniciar es un rescate por la vía sensata.

# Administración y Universidad, unidas en la investigación biomédica

LOS OBJETIVOS DEL CONSEJERO DE SANIDAD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, JOSÉ MARÍA NAVIA-OSORIO, EN MATERIA DE I+D BIOMÉDICA SON: ELABORACIÓN DE UN PLAN JUNTO CON LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO, EVITAR LA FUGA DE TALENTOS Y LA CREACIÓN DE UN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN.

[ Por **G. S. S.** ]

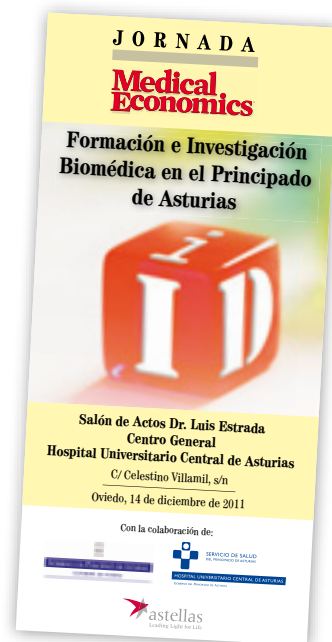
La elaboración de un plan junto con la Universidad de Oviedo, evitar la fuga de talentos y la creación de un instituto son los tres objetivos que el consejero de Sanidad del Principado de Asturias, José María Navia-Osorio García Braga, se ha propuesto alcanzar en materia de investigación biomédica durante la presente legislatura. Así lo

manifestó en la inauguración de la jornada *Formación e investigación biomédica en el Principado de Asturias*, organizada por *Medical Economics* en Oviedo el pasado 14 de diciembre.

En dicho acto, al que asistieron cerca de un centenar de expertos, investigadores y altos cargos de la sanidad asturiana, Navia-Osorio afirmó: “Debemos de dar carta de naturaleza a la apuesta por la investigación biomédica, para lo cual hay que definir el marco legislativo correspondiente”.

Teresa Ortega Montoliú, directora de la Oficina de Investigación Biosanitaria (OIB), se encargó de detallar el presente y futuro de dicha investigación en el Principado de Asturias, señalando sus debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (ver recuadro). Todo ello, con señalamiento de objetivos concretos, quedará plasmado, de una u otra forma, en un Plan Estratégico de Investigación en proceso de elaboración.

Ortega señaló también la posibilidad de potenciar un Biobanco para investigación y “la alta calidad de la cantera de investigadores jóvenes, así como “la facilidad para constituir grupos de investigación punteros”. De ahí que la OIB se convierta “en un elemento vertebrador para la investigación biomédica” en el sistema sanitario público de Asturias, lo que se verá reforzado con la creación del Instituto de Investigación Biomédica. Y remató: “La competencia no nos debe asustar, al contrario: lo bueno hay que adaptarlo y mejorarlo”.



Gonzalo San Segundo, director asociado de *Medical Economics*; Asunción Somoza, directora Técnica y de Relaciones Institucionales de *Astellas Pharma*; Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; José María Navia-Osorio, consejero del Sanidad de Asturias; y Juan José Pérez Blanco, director gerente del HUCA.

Desde el ámbito hospitalario, Carlos López Larrea, jefe del Servicio de Inmunología del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y miembro de su Comisión de Investigación, apuntó que la investigación biomédica del futuro en Asturias se desarrollará en el nuevo HUCA que se encuentra en construcción. Mientras tanto, apuntó que un tercio de los proyectos I+D que solicitan “nos son aprobados” y que “estamos en buena posición investigadora, por delante incluso de algunos de los institutos acreditados”.

López Larrea reconoció que el futuro de la investigación biomédica en el Principado de Asturias pasa por la acción conjunta entre el HUCA, donde unos 70 investigadores tienen dedicación exclusiva, y la Universidad de Oviedo.

“tiene que estar cerca del investigador, entender las necesidades y características de cada proyecto y de cada investigador para realizar una mejor gestión”.

Albert Barberá Lluís, coordinador de Investigación del Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer (IDIBAPS), adscrito al Hospital Clinic de Barcelona, intervino desde la experiencia de una entidad acreditada desde el año 2009. Dijo que “hay buena y mala investigación, y punto”, y que la investigación biomédica tiene que ser interdisciplinar y convergente, lo que “transformará la medicina de curativa a preventiva”. De tal manera que la medicina del futuro será preventiva, predictiva, personalizada y participativa (ciudadanos, pacientes y hospitales).

Y enumeró las características que, según él, ha de tener la investigación sanitaria: multicéntrica (más financiación

## EL ESTADO DE LA I+D MÉDICA

### DEBILIDADES

- **Tamaño medio o reducido de los grupos de investigación.**
- **Falta de coordinación para el desarrollo de actividades investigadoras.**
- **Desarrollo de investigación de forma voluntaria.**
- **Ausencia de personalidad jurídica propia.**
- **No existe una política transparente ni concisa sobre investigación hacia la sociedad.**
- **Inexistencia de una política de recursos humanos a corto y medio plazo.**
- **Excesiva carga asistencial, no se reconoce la profesionalización de la investigación.**
- **Falta de aplicación comercial de las investigaciones, no hay mecanismos por la transferencia al mercado.**

### FORTALEZAS

- **La existencia de la Oficina de Investigación Biosanitaria, CAIBER y presencia de entidades con carácter investigador (IUOPA, Centro Comunitario de Sangre y Tejidos).**
- **Buena masa crítica investigadora, presencia de grupos excelentes en ciertas disciplinas y alta cualificación técnica del personal.**
- **Universidad de Oviedo con amplia tradición investigadora, a la que está adscrito el cluster de Biomedicina y Salud.**
- **Aceptación de la investigación como prestigio y valor para los profesionales.**
- **Financiación estatal y europea destinada a investigación.**

Desde el sector universitario, Julia Álvarez Gutiérrez, gerente del Cluster Biomedicina y Salud del Campus de Excelencia Internacional de la Universidad ovetense, en el que se integran empresas privadas, puso el énfasis en la gestión de la investigación que, a su juicio, “debe ser integral”, con inclusión de los siguientes aspectos: planificación y control de proyectos (incluyendo el control financiero), incluir transferencia de conocimiento en temas como protección intelectual, patentes, creación de empresas y vigilancia tecnológica; estrategias de financiación, cuestiones legales que conllevan la investigación con humanos o animales, y apoyo en la definición de los objetivos y líneas estratégicas.

“El objetivo final de una buena gestión de la investigación —concluyó Álvarez Gutiérrez— es ayudar y facilitar al investigador en el desarrollo de su tarea, siendo muchas las posibilidades de financiación, por lo que hay que conseguir, entre investigadores y gestores, acceder a ellas y desarrollar una investigación de calidad”. El gestor, pre-

en proyectos públicos de salud), interdisciplinar, multifacética, traslacional, generadora de talento y recursos, creación de plataformas tecnológicas y colaboración de las redes virtuales de investigadores, y con objetivos, pues “no podemos financiarlo todo”.

Por su parte, Honorio Bando Casado, consejero del Instituto de Salud Carlos III, trazó el panorama futuro de la investigación biomédica, destacando que “las grandes inversiones deben orientarse hacia los centros, grupos o estructuras cuyas actividades y resultados permitan garantizar una investigación biomédica de alto nivel, motivadora de profesionales, con rigor intelectual y competitiva con otros países”.

A continuación, el director general de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios, José Antonio Álvarez Riesgo, presentó el último libro de Honorio Bando, *Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la salud*, y clausuró la jornada retomando algunas de las ideas del consejero de Sanidad Navia-Osorio.

# MIELOMA MÚLTIPLE

## Más **esperanza** para los **pacientes**

LOS NUEVOS TRATAMIENTOS PARA EL MIELOMA MÚLTIPLE, PRESENTADOS EN EL CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE HEMATOLOGÍA REPRESENTAN UNA ESPERANZA REAL PARA LOS ENFERMOS CON ESTA DOLENCIA.

[ Por **FRANCISCO ROMERO** y **MAXIMINA BADÍA** ]

**E**l mieloma múltiple es una enfermedad que afecta a la célula plasmática, un tipo de glóbulo blanco, produciéndose la proliferación desordenada de células anormales en la médula ósea, de forma que la producción de los demás tipos de células sanguíneas disminuye drásticamente, a causa de la invasión de todo el espacio de la médula por las células cancerosas anormales.

Es un tipo de cáncer bastante frecuente y conduce a la muerte en menos de un año si no se instaura un tratamiento con quimioterapia, que se administra en forma de ciclos que inducen la remisión temporal de la enfermedad, aunque algunas células malignas sobreviven al tratamiento inicial y la enfermedad maligna, finalmente, se activa, de forma que hay que instaurar un nuevo tratamiento, progresando indefectiblemente hacia la muerte. Con todo, en algunos enfermos es posible irradiar la médula para destruir las células

malignas y realizar, posteriormente, un trasplante medular para recuperar la capacidad de formar células sanguíneas.

### **NUEVAS TERAPIAS**

La gran ambición de la investigación es conseguir un tratamiento continuado que pueda detener la progresión de la enfermedad, mejorando las tasas de respuesta y prolongando al máximo la duración de los periodos de remisión. Un reto que parece factible en estos momentos con la introducción de nuevos medicamentos que interfieren en la historia natural de la enfermedad.

En el Congreso Anual de la Sociedad Americana de Hematología, celebrado del 9 al 13 de diciembre en San Diego, durante la sesión científica promovida por la *International Myeloma Foundation*, se dieron cita algunos de los mejores expertos en este tipo de cáncer, como Brian Durie, presidente y cofundador de la *International Myeloma*



**"DEBEMOS CENTRAR NUESTROS ESFUERZOS EN  
LOGRAR TASAS DE RESPUESTA MÁS ALTAS Y  
EN EXTENDER AL MÁXIMO SU DURACIÓN"**

- Brian Durie, presidente y cofundador de la International Myeloma Foundation



La gran ambición de la investigación es conseguir un tratamiento continuado que pueda detener la progresión de la enfermedad.

trasplante de células madre o cuando el paciente no es apto para el trasplante) y el mieloma recurrente.

### ESTUDIOS PROMETEDORES

Estos fármacos ya se han analizado en diferentes estudios, mostrando resultados muy prometedores. Así, la lenalidomida proporciona una supervivencia libre de progresión en pacientes de hasta 75 años de edad con enfermedad recién diagnosticada y que no son candidatos aptos para un trasplante de médula; la administración de pomalidomida, con o sin dosis bajas de un corticoide, la dexametasona, proporciona resultados óptimos en los pacientes con enfermedad avanzada que no responden a otros tratamientos; y la combinación de pomalidomida y dosis bajas de dexametasona que obtiene tasas de respuesta más elevadas, una duración de la respuesta más prolongada y tasas de supervivencia sin progresión de la enfermedad más altas. Por otra parte, el carfilzomib proporciona también excelentes resultados según Robert Z. Orlowski, del *Anderson Cancer Center* de la Universidad de Texas. Estos tratamientos eliminan las células tumorales residuales que sobreviven al tratamiento inicial y fortalecen el sistema inmunológico del enfermo, aprovechando al máximo los mecanismos naturales de defensa del organismo contra la proliferación de células cancerígenas.

### LINFOMAS: ¿ES EL FIN DE LA QUIMIOTERAPIA?

Los avances terapéuticos también son una realidad en el campo de los linfomas. Por eso, surge la cuestión de si será posible, en un futuro próximo, prescindir de la quimioterapia en el tratamiento de estos tumores, tal y como planteó Nathan Fowler, profesor del *MD Anderson Cancer Center* de la Universidad de Texas (EE. UU.), al abordar las distintas posibilidades que existen actualmente para



**"SI SE CONFIRMAN NUESTRAS HIPÓTESIS, ESTAREMOS EN EL PRINCIPIO DEL FIN DE LA QUIMIOTERAPIA PARA MUCHOS DE NUESTROS PACIENTES CON LINFOMA"**

- Nathan Fowler, profesor del MD Anderson Cancer Center de la Universidad de Texas

*Foundation* y Paul G. Richardson, del *Dana-Farber Cancer Institute* de la Facultad de Medicina de Harvard (Boston, EE. UU.) que centran sus investigaciones en nuevos tratamientos alejados de la quimioterapia.

La terapia continuada se asocia con importantes ventajas en distintos escenarios: el mieloma latente (en el que los pacientes todavía no presentan síntomas, pero tienen un alto riesgo de desarrollar la enfermedad), el mieloma de reciente diagnóstico (ya sea después de un

optimizar el manejo de los linfomas en el acto divulgativo organizado, en conjunto, por la *Linfoma Coalition* y la *Society for Women's Health Research*.

El rituximab, un anticuerpo monoclonal, ha sido hasta ahora el tratamiento de elección en los linfomas, pero han surgido nuevas opciones terapéuticas, como los anticuerpos humanos IgG, el ofatumumab y el GA101. La combinación de lenalidomida y rituximab también arroja resultados prometedores.

# Ricardo Oliván ultima la estrategia sanitaria de Aragón

UN CENTENAR DE DIRECTIVOS DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD ASISTIERON EN ZARAGOZA A UNA JORNADA ORGANIZADA POR MEDICAL ECONOMICS DONDE SE TRAZARON LAS LÍNEAS MAESTRAS DEL FUTURO DISEÑO DE LA SANIDAD EN DICHA COMUNIDAD AUTÓNOMA

[ Por G. S. S. ]

Cómo será la sanidad aragonesa en los próximos años? El consejero del ramo, Ricardo Oliván Bellosa, un economista con amplia experiencia que nunca ha trabajado en una organización sanitaria, quiere atar bien los cabos antes de tomar decisiones. Diagnosticar la situación y actuar en los tres frentes sanitarios: asistencial, investigación y docencia.

Para ello, el pasado 19 de diciembre convocó en Zaragoza a todos los directivos del Servicio Aragonés de Salud en una jornada que, organizada por *Medical Economics*, contó con la colaboración de Abbott y la presencia de más de un centenar de asistentes de los ámbitos de la Administración autonómica, hospitales y Atención Primaria.

“Estamos haciendo un diagnóstico de la situación para tomar las medidas adecuadas”, reconoció Oliván en la inauguración del acto, que tuvo por título *Gestión sanitaria en Aragón: asistencia, investigación y docencia*. “Y para ello”, prosiguió, “hemos hablado con todos los agentes sanitarios, colegios y asociaciones profesionales, sindicatos, etcétera, e invito a los aquí presentes a que formen parte de ese gran equipo que formamos la salud pública de Aragón, al mando de Tomás Tenza” [director gerente del Servicio Aragonés de Salud].

El consejero se mostró decidido a “estar en la punta de lanza de todo lo que sea la reforma sanitaria de España, para lo cual estamos en contacto con la Consejería de Sanidad de Cataluña”. Aunque no se mostró partidario de introducir el copago o *ticket* moderador, sí dejó entrever que realizará ajustes y reformas en su área de competencia.

Tras las palabras de Oliván, Albert Barberà Lluís, coordinador de Investigación del Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer (IDIBAPS), vinculado al Hospital Clínic de Barcelona, dictó la conferencia, *Investigación biomédica y centros de excelencia*, en la que proporcionó las claves del presente y futuro de la biomedicina, así como un resumen de la labor que realiza el IDIBAPS (ver recuadro).

Barberà comenzó señalando que la gestión de la investigación pública exige “tomar decisiones políticas”. Luego se refirió al informe *Abo Group Report*, 2006, del que entresacó esta cita: “Si ponemos dinero en el conocimiento, el conocimiento genera dinero”. Es decir, hay que invertir en investigación para asegurarnos el futuro.

Para el coordinador de Investigación del IDIBAPS, los nuevos paradigmas en biomedicina vienen marcados por el



Tomás Tenza Pérez, director gerente del Servicio Aragonés de Salud; Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; Carlos Campo Sien, gerente de Relaciones Institucionales de Abbott; y Gonzalo San Segundo, director asociado de *Medical Economics*.

JORNADA

Medical Economics

Gestión sanitaria en Aragón: asistencia, investigación y docencia

Salón de Actos Avempace  
Servicio Aragonés de Salud

Plaza de la Convivencia, 2  
Zaragoza, lunes 19 de diciembre de 2011

GOBIERNO DE ARAGON  
Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

salud

Con la colaboración de:  
Abbott  
gesttiona

hospital, “el eje vertebrador de la investigación” y, citando al premio Nobel de Medicina en 1975, David Baltimore, recordó las reglas para conseguir una buena I+D biomédica: excelencia, concentración de recursos, unión entre hospitales y universidad y libertad de investigación.

Tras la conferencia, se celebró una mesa redonda moderada por Gonzalo San Segundo, director asociado de esta revista, en la que Francesc Moreu Orobítg, experto en gestión sanitaria y exgerente del Insalud, sostuvo que había que hacer una gestión sanitaria integral, en red, con asignación capítativa al gestor territorial; señaló algunos cambios que había que realizar en el modelo asistencial, como la organización por procesos integrados en toda la cadena asistencial; aconsejó pasar al modelo mercado-cliente, y puso el énfasis en la “gestión de la clínica”, no en la gestión clínica.

Asimismo, Moreu abogó por una reducción de las prestaciones sanitarias y una mayor colaboración del sector sanitario privado en el ámbito público. Respecto a la investigación, aseguró que “tiene que generar conocimiento e impactar en la salud”, y que “no todos los médicos tienen que investigar y asistir a los pacientes”.

Mario González González, gerente de los sectores Zaragoza I y II del Servicio Aragonés de Salud (SAL), proporcionó una visión desde la óptica universitaria. “El hospital debe sufrir una profunda transformación”, afirmó sin titubeos, refiriéndose siempre al SAL. ¿Por dónde comenzar? “Necesitamos menos jefes de servicio y externalizar servicios”, dijo, al tiempo que la asistencia ambulatoria de los hospitales



La sesión contó con la presencia de más de un centenar de asistentes de los ámbitos de la Administración autonómica, hospitales y Atención Primaria.

“se va a primarizar”. Y razonó: “Quien lo controla y paga, es lo importante, no lo es quien presta la asistencia”.

Adelantando posibles líneas de actuación, González comentó que “debemos responder al paciente con la misma confianza que ellos tienen hacia nosotros, y lo tenemos que hacer actuando con cuatro retos: participación, confort, acceso a los resultados de salud e información”. Y remató con un llamamiento a los aragoneses: “Nos tienen que decir qué tipo de sanidad quieren y están dispuestos a pagar”.

Respecto de los profesionales, González sostuvo que había que implicarles más en la gestión sanitaria, darles más autonomía de gestión y marcarles los objetivos, ya que “la sostenibilidad del sistema se juega en las decisiones clínicas”.

Desbrozar un poco el terreno de la Atención Primaria (AP) correspondió a Antonio Lafuente Lafuente, director de AP del sector Zaragoza II, quien recoció que “tenemos una gran información en nuestras consultas, pero de escasa utilidad”. También hay en ellas mucha burocracia que hay que desterrar. “Nuestros médicos tienen la patología de las prisas” comentó para rubricar lo anterior.

Lafuente entonó una especie de *mea culpa* al no olvidarse del conjunto del sistema público de salud. Señaló sin ambages la “descoordinación” existente entre las comunidades autónomas en asuntos como la historia clínica electrónica y la tarjeta sanitaria electrónica, “que no hemos sido capaces de unificar y de hacer interoperativas”.

Fernando Civeira Murillo, catedrático de la Universidad de Zaragoza adscrito al Laboratorio de Investigación Molecular del Hospital Universitario Miguel Servet, comentó que el hospital universitario “tiene que ser innovador, tanto en su estructura como en su misión y objetivos propios”. Y siempre, también en tiempos de crisis, tiene que apostar por la investigación, ya que “la inversión en I+D, si se hace bien y es de calidad, siempre es rentable”.

## IDIBAPS, EJEMPLO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Hechos más relevantes del Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer (IDIBAPS), vinculado al Hospital Clínic de Barcelona, proporcionados por su coordinador de Investigación, Albert Barberá.

- Mil profesionales dedicados a la investigación.
- 572 proyectos de investigación activos.
- 220 ensayos clínicos realizados y aprobados al año.
- 400 contratos con empresas privadas.
- Más de 800 artículos originales publicados en 2010, que merecieron 4.000 citaciones.
- Cuatro patentes y solicitud de registro de otras ocho.
- Cinco *spin-off* creadas.
- 40 millones de euros de presupuesto anual, de los que el 60 por ciento es financiación pública y, el resto, privada.



Por **ÁLVARO HIDALGO**

## Cuidados informales del dolor crónico en España

Es evidente que existe un interés creciente en reflejar el impacto que tienen las enfermedades sobre sociedades e individuos, más allá del gasto sanitario empleado en la prevención, el tratamiento y los cuidados sanitarios. Como varios estudios demuestran, el coste de los cuidados informales representa un peso significativo de los costes totales ocasionados por las enfermedades crónicas, a la vez que reducen la calidad de vida de los propios cuidadores. Aspecto especialmente importante cuando la persona a la que se cuida padece dolor crónico.

Estos costes, generalmente no son revelados puesto que, al contrario del gasto sanitario, no existe una partida presupuestaria ligada a los recursos empleados, de tal modo que en el campo de la sociología se les ha calificado de “costes invisibles”. Lógicamente, estos costes son difíciles de identificar, medir y valorar. Sin embargo, no es menos cierto que contemplar los efectos que tiene el dolor sin tenerlos en cuenta supone una grave infravaloración de su impacto.

En el caso del dolor, es especialmente interesante estudiar el impacto que genera al entorno familiar y afectivo de la persona que lo padece. Así, cada vez es más común ampliar el análisis del coste generado por el dolor en el caso de que la persona que lo sufre quede incapacitada para

desarrollar su actividad cotidiana (participar en el mercado laboral, realizar tareas domésticas, disfrutar de su ocio,...) o las actividades básicas de la vida diaria (vestirse, lavarse, comer sin ayuda, etcétera) y que, por tanto, necesita del apoyo y ayuda de otra persona (generalmente, un familiar o una persona contratada *ex profeso*) para su quehacer.

La definición estricta de cuidado informal no es sencilla ni obvia. Normalmente, estos cuidados son un

**EL 43 POR CIENTO DE LOS CUIDADORES INFORMALES DEDICA MÁS DE 11 HORAS DIARIAS A ESTA TAREA**

servicio de naturaleza heterogénea, que no tiene un mercado definido y que es prestado por uno o más miembros del entorno social del demandante, quienes, en general, no son profesionales y no reciben habitualmente ningún tipo de remuneración por sus servicios.

En relación al primer punto, conviene distinguir entre dos tipos de actividades de apoyo realizadas por los cuidadores: ayuda prestada para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y ayuda prestada para el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son el conjunto de actividades primarias de la perso-

na, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Entre otras actividades incluiría: comer, vestirse, bañarse/ducharse, controlar los esfínteres, usar el retrete a tiempo, trasladarse, etcétera. Las AIVD son aquellas que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad. Incluirían actividades tales como: cocinar, cuidar la casa, realizar llamadas telefónicas, hacer la compra, utilizar medios de transporte, controlar la medicación, realizar gestiones económicas, etcétera.

Los cuidadores informales no son profesionales y hasta recientemente no han percibido remuneración por los servicios que prestan, más allá de algún tipo de compensación simbólica. En principio, la percepción de una compensación económica no excluye directamente la posibilidad

de considerar un cuidado como informal siempre que el cuidador no estuviera dispuesto a cuidar a otra persona (desconocida para él) por ese dinero. La clave reside en que la vinculación familiar o social con la persona de autonomía limitada es el hecho determinante para que el cuidador informal acepte realizar esa tarea.

Para cuantificar el impacto que tiene el dolor sobre los cuidados informales hemos utilizado la *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD 08)*, la cual, tomando como referencia la anterior *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado*

*de Salud*, se adapta a las actuales condiciones sociales y demográficas y a la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). En la medida en que la EDAD-08 aporta un conjunto de información relativa al cuidador principal más rica que la EDDDES, ello permitirá describir no solamente las características principales de las personas cuya autonomía se encuentra limitada (incluyendo las enfermedades y problemas de salud que se encuentran en el origen de la misma), sino también las características de las personas que prestan sus cuidados (cuidadores informales), describir otro tipo de ayudas que reciben las personas cuya autonomía se encuentra limitada en una vertiente multidimensional y, finalmente, avanzar hacia una estimación del coste social del apoyo a la limitación de la autonomía personal en personas que padecen dolor crónico.

En la EDAD-08 existe información de 96.075 hogares, lo que supone tener datos de 290.000 personas. Hay dos grupos destacados de personas con dolor crónico: los que padecen artritis reumatoide, 4.341 personas; y los que tienen dolor de espalda crónico, 8.636 personas. El 89 por ciento de las personas que padece dolor crónico tienen más de 50 años. Del total

de estos dos grupos, el 66 por ciento de ellos padecen dolor crónico y reciben cuidados informales por parte de 4.250 cuidadores, siendo el 85 por ciento de ellos miembros de su propia familia. En un 66 por ciento de los casos el cuidador principal es mujer y en una 64 por ciento son mayores de 50 años. Siendo en el 73 por ciento la esposa del propio enfermo. El nivel de estudios de los cuidadores informales es medio bajo, ya que un 82 por ciento tienen como mayor nivel educativo la secundaria.

### **INTENSA DEDICACIÓN**

Un aspecto importante, es conocer el grado de intensidad que tienen este tipos de cuidados en el caso de los cuidadores de personas con dolor crónico. En este sentido, hay que señalar que solo el 39 por ciento dedica menos de seis horas al día a proporcionar cuidados informales a este tipo de pacientes, mientras que el 43 por ciento dedica más de 11 horas diarias a prestar cuidados informales. Esta intensidad no solo se refleja en términos diarios, puesto que el 93 por ciento de los cuidadores prestan sus cuidados seis o siete días a la semana. Además, al ser una enfermedad crónica, el 43 por ciento de los cuidadores lleva más de ocho años prestando sus cuidados informales.

Esta intensidad en el cuidado, tanto en el tiempo como en la dedicación empleada, se traduce en problemas de salud para el propio cuidador. En esta línea el 83 por ciento de los cuidadores declaran haber padecido algún problema de salud en los últimos 12 meses, siendo la depresión moderada o severa el mayor problema de salud reportado por los cuidadores, un 58 por ciento del total de problemas de salud. Sin embargo, esta no es la única consecuencia ya que también se ve afectado su entorno laboral. En este caso un 65 por ciento de los cuidadores ha tenido problemas en el trabajo debido a la necesidad de prestar sus cuidados a personas con dolor crónico. Por último, señalar que un 65 por ciento también declara que se ha reducido su tiempo de ocio.

En conclusión, el dolor crónico es un problema de salud de primer orden que tiene unos efectos muy importantes sobre el entorno de los pacientes que lo padecen. Los cuidados informales que este tipo de pacientes reciben por parte de su familia, especialmente esposas, es muy alto y se traduce en problemas de salud para el cuidador con repercusión en su entorno laboral y social. Por este motivo, es necesario considerar este tipo de costes cuando se establecen políticas o estrategias para el tratamiento del dolor crónico.

*Sección patrocinada por:*





Por **NATALIA AGUIRRE VERGARA**

## Mercados financieros en 2012

**S**i bien es cierto que siempre resulta complicado enfrentarse a la decisión de dónde invertiremos nuestro dinero en el año nuevo, la nueva dimensión que ha adquirido la crisis de deuda soberana europea hace esta tarea aún más complicada en 2012. Y cuando hablamos de nueva dimensión nos referimos al hecho de que la crisis no afecta ya solo a las economías periféricas, sino también a las economías *core* (centrales) de la Zona Euro. Por tanto, lo primero que tendremos que definir en nuestro escenario de inversión para este año es qué pensamos que ocurrirá con el riesgo soberano que está afectando tanto a la renta fija como a la renta variable.

En nuestro escenario base, el área euro se mantiene bajo la configuración actual pero con mayor disciplina fiscal, tras el pacto alcanzado en la cumbre europea de principios de diciembre. A medio plazo existe bastante consenso en que la solución a la actual crisis de deuda pública pasa por una mayor convergencia fiscal, pero sus resultados no serán visibles hasta dentro de trimestres o años. Es por tanto imprescindible tomar otra serie de medidas que apoyen a los mercados en el corto plazo, estableciendo un "cortafuegos" para evitar el contagio a economías que pueden tener problemas puntuales de liquidez (con fuerte aumento de sus costes de financiación) pero que en principio no tienen problemas de solvencia. En este sentido, el mercado sigue esperando un mayor apoyo del BCE, al estilo de lo que hacen otros bancos centrales como la Reserva Federal norteamericana o el Banco

de Inglaterra. Una moderación del riesgo soberano derivado de un mayor apoyo del BCE permitiría reducir las primas de riesgo, actualmente en niveles muy elevados, y propiciar la entrada de dinero tanto en la renta fija como en la variable.

### ENTORNO DE DESACELERACIÓN

Otro punto clave de cara a 2012 será el impacto de la situación actual en el crecimiento económico global. Esperamos una desaceleración del crecimiento, con ampliación de las divergencias geográficas. En un entorno de desaceleración generalizada, los mercados emergentes mantendrán un crecimiento relativamente sólido, beneficiándose de su mejor situación de partida y de un mayor margen de actuación tanto fiscal como monetario. Por el contrario, las economías desarrolladas seguirán lastradas por la necesidad de continuar con el desapalancamiento (reducción de deuda) del sector público, entidades financieras y familias. Estados Unidos y Japón podrían crecer a tasas cercanas al dos por ciento, pero es evidente que en la Eurozona aumenta el riesgo de recesión, más cuanto mayor sea la lentitud en la resolución de la crisis de deuda soberana y con el lastre de unos duros ajustes fiscales. En España, esperamos estancamiento del PIB en 2012 y con riesgo creciente de recesión, a la vez que serán necesarios ajustes fiscales adicionales para cumplir con los objetivos de déficit público.

En cuanto a nuestras recomendaciones de inversión de cara a este año, en

deuda pública evitaríamos aquella que ha actuado como refugio porque las rentabilidades son demasiado bajas (Alemania, Estados Unidos, Japón), y a medida que se modere el riesgo soberano deberían ir perdiendo su carácter de refugio. En periféricos, apreciamos interesantes oportunidades de inversión en deuda pública de España e Italia, sobre todo en plazos cortos y medios. También la deuda corporativa (emitida por empresas) ofrecerá oportunidades de inversión atractivas.

Por lo que respecta a la renta variable, entendemos que hasta

que se dé una solución "definitiva" al problema de deuda europea, persistirá la volatilidad, alternando fuertes subidas (generación de expectativas) con importantes bajadas (decepción ante la no materialización de dichas expectativas).

Por tanto, consideramos que 2012 será un año de amplios rangos de fluctuación en las bolsas, que podrían llegar a ser hasta del 50 por ciento entre el alto y el bajo anual, por lo que habrá que saber aprovechar esos amplios movimientos de mercado para tomar y deshacer posiciones. Apostamos más, por consiguiente, por unas bolsas moviéndose en amplios rangos que por una estrategia de *buy and hold* (comprar y mantener). La selección de valores será, una vez más, clave para tener un buen año bursátil. Entre nuestros preferidos, Repsol, Técnicas Reunidas, BBVA, Ferrovial, OHL o Inditex.

### PUNTOS CLAVE

A medio plazo existe bastante consenso en que la solución a la actual crisis de deuda pública pasa por una mayor convergencia fiscal

Esperamos una desaceleración del crecimiento, con ampliación de las divergencias geográficas

# Valores del mes

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

Por **NAV**.

## Qué ofrecen

Dia es uno de los principales operadores de distribución alimentaria en los países en los que está presente (España, Portugal, Francia, Brasil, Argentina, Turquía y China). Su estrategia pasa por ofrecer calidad al mejor precio, algo que consigue gracias a su control sobre toda la cadena de valor. También se beneficia de la cercanía al cliente (70 por ciento de sus establecimientos son de proximidad). Desde el pasado 2 de enero forma parte del Ibex 35, el índice que incluye a los 35 valores más líquidos del mercado español.

Repsol, como la mayor petrolera española, debería beneficiarse de las positivas perspectivas del sector de cara a 2012, un año en el que los precios del crudo deberían mantenerse en niveles altos (110-115 dólares por barril), apoyados por un adecuado balance entre demanda (impactada por un menor crecimiento económico global) y oferta (tensiones en Oriente Medio, Norte de África). Asimismo, es un sector que se puede beneficiar de su elevada exposición internacional, en un contexto en el que la evolución de la economía

doméstica será previsiblemente bastante pobre. Por otra parte, cuenta con el atractivo añadido de una sólida posición financiera (baja deuda, alta generación de caja) que otorga visibilidad a su política de dividendos. Por último, la esperada recuperación del dólar debería ser bien recogida por las petroleras europeas. Todo ello sin olvidar que existen ciertos riesgos, como puede ser una desaceleración económica mundial superior a lo previsto, que podría conducir a una caída de los precios del crudo.

## Los elegidos

**DIA.** Es un valor defensivo en el actual contexto macroeconómico (consumo no cíclico, buena relación calidad-precio). En positivo, destaca que la modernización de formatos (DIA Market y DIA Maxi) y la creciente exposición a mercados emergentes impulsarán sus resultados. Una bajas necesidades de inversión y una elevada generación de caja podrían permitir mejorar la retribución al accionista.

**Repsol.** Seguirá mejorando sus resultados en 2012. La división de Exploración y Producción se verá apoyada por el crecimiento de la producción (superior al cuatro por ciento en el periodo 2012-14 y acelerándose por encima del cinco por ciento en 2015-2019) y los altos precios del crudo. Buen posicionamiento en refino y *marketing*, con esperada mejora de la competitividad tras finalizar las

inversiones en las refinerías de Cartagena y Bilbao.

Su sólida posición financiera y capacidad de generación de caja le permiten mantener una atractiva retribución al accionista: esperamos un dividendo por acción de 1,155 euros por acción con cargo a 2011, lo que supone una rentabilidad por dividendo superior al cinco por ciento. Como catalizadores del valor: positiva evolución de actividades exploratorias, progresiva recuperación de la producción de Libia, mejora de la conversión de refino, potencial de YPF (volumenes, precios). Estaremos pendientes asimismo de la posible venta parcial de la participación de Sacyr Vallehermoso (aproximadamente 8-10 por ciento del capital de la petrolera). Los multiplicadores a los que cotiza Repsol son atractivos, especialmente si los corregimos por crecimiento esperado.

Concepto	DIA	Repsol
Ticker	DIA	REP
PER 2011	23,6	12,2
Rentab. dividendo(%)	2,1	5,1
Precio actual	3,54	24,1
Precio objetivo	4,00	29,5

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 04/01/2012

» **GHX Europe adquiere Saniline para incrementar su presencia en España**

La multinacional GHX Europe (*Global Healthcare Exchange*) ha adquirido el portfolio de productos y servicios de Saniline de catalogación y logística como pilar en su estrategia de crecimiento y consolidación en el mercado español de servicios de salud y en concreto en la cadena de suministros. GHX, entre cuyos propietarios figuran Abbott Exchange, GE Healthcare, Siemens y Johnson & Johnson Health Care Systems, entre otros, es el líder europeo en la transformación y procesos de compra sanitarios a través de intercambio electrónico de datos (EDI).

En Europa, un promedio de 75-80 por ciento de todos los pedidos de suministros médico – quirúrgicos son enviados por fax, en comparación con menos del 15 por ciento en Estados Unidos, donde la implantación de EDI, herramienta estratégica, es mucho mayor.

Michel van der Heijden, presidente de GHK, explicó con respecto a la nueva adquisición que “Saniline nos ayudará a aumentar la utilización del EDI en el mercado español para que la mayoría de los servicios de salud y hospitales y sus proveedores puedan eliminar los gastos innecesarios en el proceso de compra”. Y añadió “Saniline dispone de una infraestructura tecnológica con los últimos avances en *hardware*, *software*, comunicaciones y sistemas de seguridad por lo que la adquisición de Saniline es parte fundamental de nuestra estrategia”.

» **La sanidad se sube a la “nube”**

NEC y el Centro de Imagen y Tecnología del Conocimiento Biomédico (CITEC-B) han firmado un acuerdo de colaboración para proporcionar conjuntamente soluciones *Cloud e-Health* consistentes en contenidos de sanidad para formación, entrenamiento *on-line* y acceso al conocimiento biomédico, dirigidos al personal médico y sanitario, así como a las empresas y organismos de este sector.

La empresa japonesa NEC, que cuenta con un Centro de Competencias de Soluciones Cloud ubicado en

**Carestream añade movilidad a su tecnología de imagen**

Carestream presentó en la pasada edición de la Conferencia de la Sociedad Norteamericana de Radiología su nuevo DRX –Revolution Mobile X– Ray System, que se encuentra aún en fase de desarrollo. Se trata de un sistema de rayos X móvil diseñado para la captura de imágenes médicas de pacientes gravemente heridos o enfermos en urgencias, la UCI o en los quirófanos. Este sistema de imagen móvil incorpora características innovadoras para mejorar la productividad en la captura de imágenes de cabecera, de manera que funcione como una auténtica sala de rayos sobre ruedas.



Madrid para dar soporte de estas soluciones a nivel mundial, es la encargada de facilitar la infraestructura tecnológica y los servicios de *data center*.

CITEC-B, por su parte, asumirá los contenidos a los que se accederá a través de la Plataforma Hermes,

dirigida a los profesionales de la salud. Dicha plataforma de servicios *on-line*, que cuenta ya con una comunidad de unas mil personas registradas, está diseñada para que los usuarios personalicen sus contenidos y puedan comunicarse y compartirlos.

“Confiamos en que este proyecto pionero a nivel mundial logre una mayor difusión del conocimiento a nivel nacional e internacional. Con este acuerdo queremos cambiar el acceso a la formación médica aprovechando las facilidades que ofrece la sociedad de la información en la que vivimos”, asegura Juan José Gómez, consejero delegado de CITEC-B

» **CysNET lanza la aplicación web Carpeta de Salud Personal**

CysNET Software lanza la solución de portal de paciente “llave en mano” Carpeta de Salud Personal, desarrollada sobre la plataforma de integración InterSystems Ensemble. Carpeta de Salud Personal es una aplicación web que, gestionada por el centro sanitario o de atención hospitalaria y previa petición del paciente, da acceso a este

a los informes de su historia clínica electrónica (HCE). El Portal Web para el paciente actúa como interfaz público del hospital y la aplicación permite que el personal gestione solicitudes o configure el portal público.

El portal del paciente puede descargar los informes existentes en su HCE, registrar datos sobre sus constantes de salud (niveles de glucosa, presión arterial, etc.) mantener actualizados sus datos personales y consultar/cancelar sus citas médicas. También puede aportar otros informes médicos propios, que el personal del centro determinará si son relevantes, e incorporarlos a la HCE.

CysNET Software ha prestado especial atención a la seguridad de todos los componentes y a la legislación vigente para desarrollar esta solución. Esto asegura que el servicio se ajusta al cumplimiento de la legislación, es altamente seguro y consta de servicios auditados para la confidencialidad del paciente y su consentimiento.

### » Los hospitales de Salamanca y Canarias optan por Siemens para el mantenimiento de sus equipos

Siemens ha cerrado, por valor de 423.880 euros, un contrato, de mantenimiento de los equipos de radiodiagnóstico del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. El contrato se enmarca en la inversión que ha realizado la Consejería de Sanidad de 1,8 millones de euros en este centro. El acuerdo engloba el mantenimiento de los

### Quirófanos inteligentes en el Hospital de Dénia

El hospital de Dénia ha integrado en su sistema informático los resultados de los dispositivos clínicos disponibles en los quirófanos. Esto permite que toda la información que se extrae de las pruebas diagnósticas se incorpore a la historia clínica electrónica desde el propio dispositivo, de manera automática y en tiempo real. El nuevo avance incorporado en el Hospital de Dénia consiste en que todos los datos registrados en el quirófano, que varían en función de la complejidad quirúrgica y del tipo de paciente, son transmitidos *on-line* a la historia clínica electrónica.

Estos datos viajan en tiempo real desde el dispositivo que captura la información (monitor, respirador) y se incorporan a la historia clínica del paciente. De esta forma pueden ser consultados por cualquiera de los profesionales que intervienen en la cirugía.



equipos de Siemens ya instalados en el centro salmantino entre los que se encuentra tecnología de rayos X, de radiografía digital, gammacámaras, tecnología de ultrasonidos, fluoroscopia y equipos de radioterapia.

Por otro lado, el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias ha otorgado a esta misma firma un contrato de servicio de mantenimiento en

la modalidad de colaboración técnica de equipos de rayos que incluye el suministro de tubos de rayos X de la marca. Además del mantenimiento, Siemens ha logrado un acuerdo para la formación de los técnicos pertenecientes al hospital para realizar una primera intervención

ante cualquier avería y poder dar la máxima información al fabricante vía telefónica, de manera que se diagnostique cuanto antes y por tanto se consiga minimizar el tiempo de parada.

Sección patrocinada por:





Final del Peugeot Tour

## Javier Colomo rompió todos los pronósticos

*El barcelonés Eduardo de la Riva fue el ganador del Orden de Mérito Peugeot Tour de Golf 2011.*

El cacereño Javier Colomo ha sido el vencedor del Peugeot Tour Gran Final de golf, circuito promovido por MatchGolf que ha concluido en Zaudín Golf, al imponerse en una reñidísima final, con un total de 12 golpes bajo par; a tres golpes ha quedado el alicantino Carlos Aguilar con menos 9. El barcelonés Eduardo de la Riva ha sido el ganador del Orden de Mérito Peugeot Tour de Golf 2011.

Comenzó la última vuelta del Peugeot Tour Gran Final con el liderato compartido entre Marc Pérez y Carlos Aguilar, que mantuvieron durante los tres primeros hoyos. A partir de ahí Aguilar se cayó de los primeros puestos de la clasificación con un doble *bogey* en el hoyo 6, y cedió el paso a Javier Colomo —que salía a un golpe y firma 3 *birdies*, un *eagle* y un *bogey* por los 9 primeros—, Jorge Campillo, Pedro Oriol y Sebastián García, e incluso Borja Etchart que se aglutinaron en cabeza con una diferencia de 4 golpes.

Sin embargo, el alicantino enganchó cuatro *birdies* consecutivos, del hoyo 10 al 13, para recuperarse y los últimos 6 hoyos se convirtieron en un duelo entre Colomo y Aguilar. Con un

golpe de diferencia a favor del cacereño, y los tres últimos hoyos por jugar, el *amen corner* de Zaudín Golf, en el hoyo 16 Colomo hizo *birdie*, Aguilar doble *bogey* y el Peugeot Tour Gran Final quedó sentenciado: ganó Javier Colomo con 12 golpes bajo par, y Carlos Aguilar fue segundo con menos 9. En tercera posición

empataron Pedro Oriol, Sebastián García y Pol Bech. Eduardo de la Riva, por su parte, mantuvo el tipo aferrándose a la posición correcta para coronar su primer Orden de Mérito del Peugeot Tour. Finalizó con 71 golpes y un total de 6 bajo par, en el puesto 80.

Javier Colomo, extremeño de 27 años, ataviado con su corbata roja —este año decidió empezar a jugar con corbata porque, según asegura Cristina, su mujer, “le encantan y por su profesión no tiene muchas oportunidades de ponérselas”, y un crespón negro en la gorra que ha llevado durante todo el torneo en memoria de Santiago Palacios, a quien ha dedicado su victoria junto a sus seres

más queridos, firmó su segunda victoria profesional con una tarjeta de 66 golpes (cinco *birdies* en los hoyos 1, 4, 5, 12 y 16, *eagle* en el 8 y *bogeys* en el 6 y el 18) y un total de 12 bajo par.



**Javier Colomo (izqda.) ganó el torneo con 12 golpes bajo par, y Carlos Aguilar fue segundo con menos 9.**

## Estados Unidos gana la copa del mundo 11 años después

La pareja de Estados Unidos, formada por Matt Kuchar y Gary Woodland, se ha alzado con el triunfo en la 56ª edición de la Copa del Mundo, disputada en el campo chino de Mission Hills GC. La dupla española, formada por Miguel Ángel Jiménez y Álvaro Quirós, fue novena, a cinco golpes de los campeones. En la cuarta y última ronda, España firmó un buen -5 (seis *birdies* y un *bogey*) para un total de -19, un resultado más que positivo que, sin embargo, no fue suficiente para

formar parte de un Top 7 en el que sí estuvieron Estados Unidos (-24), Alemania (-22), Inglaterra (-22), Irlanda (-21), Holanda (-21), Australia (-21) y Escocia (-21). De más a menos, España cerró la tercera jornada con 69 golpes, tres bajo par, merced a cinco *birdies* y un inoportuno *bogey* en el hoyo 9. En esos momentos se encontraba a siete impactos de la dupla irlandesa, que dio un golpe de autoridad con una vuelta de 64 golpes (-8). Sextos al término de la primera ronda, el tándem formado

por Álvaro Quirós y Miguel Ángel Jiménez mejoró en la segunda incluso las prestaciones exhibidas en el primer recorrido (bajo la modalidad *fourballs*), cuando concluyeron con 65 golpes (-7). Siete *birdies* y ningún *bogey* para ellos fue el registro plasmado en su tarjeta. La pareja española concluyó la segunda ronda, disputada bajo la modalidad *fourball*, sin ningún error, arrancando un *birdie* en el hoyo 12 y un sensacional *eagle* en el 16 que les aupó hasta la cuarta posición.

revista-curso

# spanish doctors

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

Por médicos y para médicos

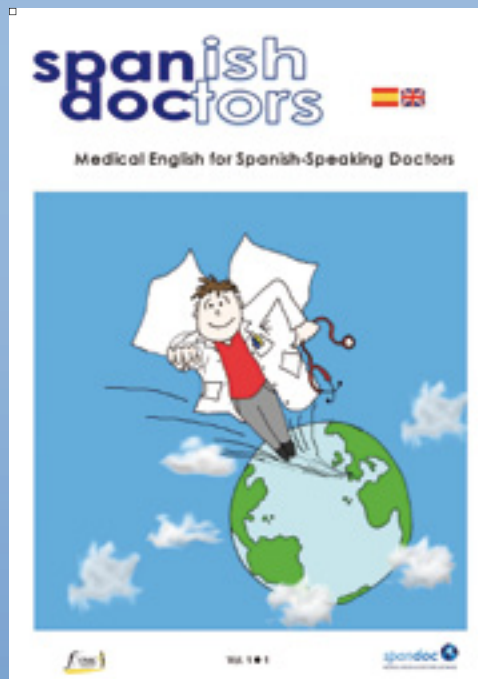
El inglés **real** que necesitas para  
comunicarte en eventos, estancias  
internacionales y publicaciones

Formato bilingüe adaptado a todos los  
niveles

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

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

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



La herramienta que estabas esperando para avanzar  
en tu desarrollo profesional

Suscripción abierta en [www.ffomc.org](http://www.ffomc.org)

72 HORAS LECTIVAS

Declarada de interés científico-sanitario por la Organización Médica Colegial  
Más información en [www.ffomc.org](http://www.ffomc.org) y [www.spandoc.com](http://www.spandoc.com)

GRUPO SANITAS

# CUÍDATE

**Todos desean que te cuides,  
nosotros sabemos cómo hacerlo:**

- Seguros de Salud
- Hospitales
- Centros Médicos
- Dental
- Otros servicios de Salud
- Residencias para Mayores

[sanitas.es](http://sanitas.es)

*A tu lado, en todo momento*