

Medical Economics

EDICIÓN ESPAÑOLA

27 DE ENERO DE 2012

Nº 164

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es



PREMIOS
2012

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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

A tu lado, en todo momento



EN PORTADA

47 Premios Medical Economics 2012

Coincidiendo con su noveno aniversario, la revista *Medical Economics*, entrega sus galardones anuales que premian la labor de las entidades sanitarias más destacadas en el año precedente en los ámbitos de gestión y atención al paciente.

EL CONSEJO OPINA

18 ...sobre la Sanidad en España

El Consejo Editorial de *Medical Economics*, compuesto por destacadas personalidades de los ámbitos político, económico y sanitario, valora el estado del sector sanitario y su futuro.

RESUMEN 2011

42 El año que vivimos recortadamente

Los recortes y la nueva ministra de Sanidad, Ana Mato, sobresalen en el panorama sanitario español de 2011, hechos a los que se suma el nuevo diseño que *Medical Economics* estrenó en septiembre.

PRÁCTICA PROFESIONAL

70 La consulta de sus sueños

74 En sus zapatos

76 Una oportunidad para el milagro



continúa en página 3 ➔



GEN
BIOÉTICA
CONSEJO GENÉTICO
DIANAS TERAPEÚTICAS
SÍNDROME MUTACIÓN

MEDICINA

SÍNDROME
GENÉTICO
GEN ADN
DIANAS
BIOÉTICA
CÉLULA
HERENCIA
ADN
TERAPEÚTICAS
MUTACIÓN
PRONÓSTICO ÉTICA
ONCOGEN CONGÉNITO
CONSEJO SÍNDROME ADN
HERENCIA
DIANAS
GENÉTICO
CONGÉNITO
TERAPEÚTICAS

INDIVIDUALIZADA

TERAPEÚTICAS
PRONÓSTICO
CÉLULA GEN
ONCOGEN
ÉTICA

SÍNDROME
HERENCIA
DIANAS ADN
BIOÉTICA

*En la vida, hay cosas importantes
y otras imprescindibles.*

Nosotros nos ocupamos de las vitales.

*Creemos y apostamos por soluciones médicas del
siglo XXI para problemas de siempre...*

**La Medicina Individualizada,
nuestra razón de ser**



Instituto Roche
www.institutoroche.es

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
www.litofinter.es

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



SECCIONES

- 5 **Mi Punto de Vista**
El trabajo en equipo y la búsqueda de las emociones
- 6 **Al Día**
Radiólogos, los más cotizados en 2012
- 8 **Gestión de Calidad**
Un poco de historia
- 10 **Informática**
Control de costes en producción
- 16 **Gestión en Enfermería**
Garantizando la sostenibilidad
- 46 **Impuestos**
Ventajas fiscales en la venta de acciones (y II)
- 79 **Normativa**
Solicitud de historia clínica por parte de la policía
- 80 **Golf**



ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Cómo afronta las visitas de los pacientes “difíciles”?

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



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias y opiniones a través de nuestra web:
www.medicalEconomics.es

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 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 ESPAÑO-
LA DE DERECHO FARMACÉUTICO

Victoria Ayala Vargas
DIRECTORA CIENTÍFICA OXIMESA.
GRUPO PRAIXAIR

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

Josep Basora Gallisà
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
EXPRESIDENTE. 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 Lima
CONSULTOR

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 ESPAÑO-
LA DE DERECHO SANITARIO

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

Manuel Martín Cortés
CONSULTOR INDEPENDIENTE

**Santiago Martínez-Fornés
Hernández**
REAL ACADEMIA DE MEDICINA
DE ZARAGOZA

Rafael Matesanz Acedos
COORDINADOR NACIONAL
DE TRASPLANTES

Teresa Millán Rusillo
DIRECTORA DE RELACIONES
INSTITUCIONALES. LILLY

Basilio Moreno Esteban
PRESIDENTE. FUNDACIÓN SEEDO

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

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 ESTRATÉGI-
CO EN SANIDAD. ATOS ORIGIN

Antonio Pellicer Martínez
PRESIDENTE. INSTITUTO VALENCIANO
DE INFERTILIDAD

Federico Plaza Piñol
DIRECTOR GENERAL. FUNDACIÓN
ASTRAZENECA

Eduard Portella
PRESIDENTE. ANTARES
CONSULTING, S.A.

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

José Manuel Ribera Casado
CATEDRÁTICO EMÉRITO
DE GERIATRÍA. UCM

Ignacio Riesgo González
DIRECTOR DE SANIDAD.
PRICEWATERHOUSECOOPERS

Helena Ris
DIRECTORA GENERAL.
UNIO 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 PA-
TOLOGÍA MÉDICA. FACULTAD DE
MEDICINA. UAM.

Guillermo Sierra Arredondo
VICEPRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPA-
ÑOLA DE DERECHO SANITARIO

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

Luis Truchado Velasco
DIRECTOR. EUROGALENUS-EXECUTI-
VE SEARCH CONSULTANTS

Gabriel Uguet Adrover
PRESIDENTE. FEDERACIÓN NACIONAL
DE CLÍNICAS PRIVADAS

Luis Verde Remeseiro
GERENTE. GESTIÓN INTEGRADA
ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

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 PROYEC-
TOS EMPRESARIALES -MEDITECNOLOGÍA.
BARCELONA

NUEVAS TECNOLOGÍAS



Marcial García Rojo
COORDINADOR
SISTEMAS INFORMACIÓN.
HOSPITAL GENERAL. CIUDAD REAL



Óscar Gil García
GERENTE DE SANIDAD.
PRICEWATERHOUSECOOPERS

El trabajo en equipo y la búsqueda de la emociones

Por **MARTÍN G. BLANCO GARCÍA**

En épocas de crisis, las empresas que sobreviven y que mejor se resitúan en el entorno, son aquellas en las que en el corazón de su negocio reside el conocimiento. Y así, se suele decir: generar conocimiento o fracasar en el negocio.

Pero la generación del conocimiento en sí mismo no basta, como no bastan los inventos por sí solos para conseguir el avance científico. Es necesario utilizar metodologías adecuadas y herramientas capaces de generar conocimiento y, lo que es tan importante, ser capaces de transformar el conocimiento en productos y servicios útiles.

Esta transformación es lo que denominamos innovación. Y así, se asocia el éxito a la innovación.

En el actual sistema de mercado español, en el que (por suerte) no está mayoritariamente incorporado el bien salud, se está produciendo, y en los últimos tiempos de forma acelerada, un giro en el propio concepto de innovación. Este giro se orienta hacia la búsqueda de la innovación de base no exclusivamente tecnológica (en las cadenas de producción, en las cadenas de distribución,...). El ámbito de la salud tiene que hacerse eco de este avance y apuntar también hacia este nuevo concepto de innovación.

Para ello es necesario romper con la cadena de valor clásica que, simplificando, podemos decir que parte de la materia prima, para transformarla en producto y llegar al mercado, al cliente. Romperla para centrarse en lo intangible. Y cuando hablamos de intangibles, para cualquier empresa y más para las empresas de conocimiento, el mayor intangible son las personas, el valor humano. Llegados a este punto se hace imprescindible, para conseguir que la empresa perdure, el conocer qué quieren las personas y qué valores las mueven. Por lo tanto, la organización tiene que girar para conocer estos valores, tiene que transformarse para ser capaz de construir desde las personas y no desde el valor de la mercancía que produce.

De esta forma, tenemos que descubrir los valores de las personas en función de su pertenencia al entorno externo de la or-

ganización (cliente y ciudadanía), contando con ellas para definir el producto (el qué). E igualmente, si las personas pertenecen al ámbito interno (profesionales), tendremos que centrarnos en ellas para definir cómo hacerlo (el cómo).

Todo este giro que se realiza, esta transformación, esta evolución en el tiempo, busca el que nos dejemos de centrar en los productos para volcarnos en la innovación en conocimiento que refuerza la marca, entendida como el valor añadido y el aporte que la organización hace a la sociedad. Solo la marca y no los productos, perduran en el tiempo si somos capaces de asentarla en las personas, en los valores, en lo intangible.

Y cuando hablamos de valores y personas, estamos hablando de equipos. Los equipos que trabajan más allá de las agendas individuales, de las agendas de producto, y que enfocan a la organización a compromisos colectivos, a proyectos participados. Equipos que trabajan con personas, con culturas y emociones distintas.

Fortalecer la organización, la marca, el compromiso, nos exige trabajar desde los valores con las personas en los equipos y, por lo tanto, con las emociones. Emociones que, si somos capaces de gestionar de manera adecuada, repercutirán positivamente en los profesionales y en la ciudadanía.

En el mundo sanitario y en Andalucía, ejemplo de este giro, de esta inclinación de eje y visión son, en su proyección externa (clientes, ciudadanía), la nueva Ley de Salud Pública, en cuyo desarrollo se ha contado con todos los agentes implicados en el nivel de la prevención y promoción de la salud. Y en su proyección interna (profesionales), la nueva ordenación de las Unidades de Gestión Clínica, si lo hacemos desde la perspectiva de las estructuras organizativas asistenciales del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Gerente de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y economista. Con la colaboración de Inmaculada G. Romera, técnica EASP y socióloga.



[
]

LA ORGANIZACIÓN TIENE QUE TRANSFORMARSE PARA SER CAPAZ DE CONSTRUIR DESDE LAS PERSONAS



EMPLEO

Radiólogos, los más cotizados en 2012

Para este año 2012, y a pesar de la elevada tasa de desempleo que existe en España, la consultora Adecco Professional prevé una elevada demanda de determinados perfiles profesionales estratégicos para las empresas. Según sus datos, en el ámbito sanitario, los radiólogos serán una vez más los especialistas más cotizados. A este profesional se le requiere

una alta especialización, muy costosa además por la alta tecnología que se emplea en el sector, y un perfil muy específico con una formación científico-técnica muy precisa y altamente cualificada. Todo ello hace que se trate de un perfil de médico especialista muy difícil de encontrar.

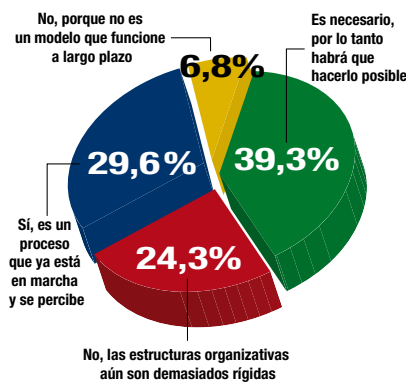
La consultora también señala que este año estarán muy buscados, además

de los médicos de familia, cuya demanda sigue creciendo motivada sobre todo por el envejecimiento poblacional, los especialistas en medicina del trabajo, quienes están siendo notablemente demandados fuera de nuestras fronteras. En concreto, Adecco señala Francia como uno de los países en los que la demanda de médicos del trabajo es mayor.

ENCUESTA

¿ES POSIBLE INSTAURAR UN LIDERAZGO "CREATIVO" EN LA ATENCIÓN PRIMARIA ESPAÑOLA?

Plantear un modelo alternativo de liderazgo en la Atención Primaria aún provoca disonancias, como se puede apreciar por los resultados de la última encuesta de Medical Economics. Según sus datos, una mayoría de encuestados (39,3 por ciento) considera que es un cambio necesario y que, por lo tanto, habrá que realizarlo. Para el 29,6 por ciento el proceso ya está en marcha y así se percibe en la realidad sanitaria española. Por contra, un 24,3 por ciento de las respuestas señalan que las estructuras organizativas aún son demasiado rígidas como para asumir un liderazgo "creativo", mientras que el 6,8 por ciento de los encuestados no cree que ese tipo de modelo funcione a largo plazo.



RELACIÓN CON PACIENTES

ESCASO INTERÉS POR LAS EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES



A pesar de que los conceptos del paciente como centro del sistema y la satisfacción de sus necesidades como principal objetivo son prioridades del sistema de salud, médicos y enfermeras deben luchar diariamente para que esos conceptos se vean reflejados en su ejercicio profesional. Y es que, según un informe de *BMJ Quality & Safety*, aunque los profesionales de salud creen que es importante preguntar a los pacientes acerca de sus expectativas durante sus procesos de hospitalización, en muy pocas ocasiones se hace.

El estudio, realizado entre 536 enfermeras y 468 médicos de Dinamarca, Israel, Reino Unido y Estados Unidos, señala que solo el 16 por ciento de los encuestados preguntan a sus pacientes por sus expectativas. Sin embargo, el 89 por ciento cree que es importante hacerlo.

FINANZAS

LOS FONDOS DE INVERSIÓN PERDIERON EL 6,5% DE SU PATRIMONIO EN 2011

El patrimonio de los fondos de inversión disminuyó el 6,47 por ciento el año pasado, hasta alcanzar 203.412 millones de euros, según los datos facilitados por la Asociación de Instituciones de Inversión Colectiva y Fondos de Pensiones (Inverco). Sin embargo, la patronal del sector destaca que en diciembre de 2011 se produjo un aumento de 1.294 millones de euros respecto al mes anterior. El número de partícipes era a finales del año pasado de 6,2 millones, el 5,88 por ciento menos que al cierre de 2010. Inverco destaca también el aumento que experimentó en diciembre el patrimonio de los fondos de inversión mobiliaria, que creció el 1,21 por ciento, equivalente a 1.528 millones de euros, respecto a noviembre.

Por otra parte, la falta de liquidez de las empresas y la necesidad de efectivo de los particulares para llegar a fin de mes han hecho que el ahorro a plazo del sector privado cayese significativamente en noviembre del año pasado: 10.559 millones de euros con respecto al mes anterior, algo más del 2 por ciento, según los últimos datos conocidos del Banco de España. En dicho mes, las familias tenían en depósitos bancarios 420.870 millones de euros, 1,56 por ciento menos que en octubre; y los 96.958 millones de las empresas descendieron un 4 por ciento en noviembre.

ENTRE NOSOTROS

LUIS VERDE CAMBIA FERROL POR SANTIAGO DE COMPOSTELA

Luis Verde Remeseiro, miembro del Consejo Editorial de *Medical Economics*, es desde principios de este mes, el nuevo gerente de Gestión Integrada de Santiago de Compostela. Verde, que hasta su nombramiento ejercía esa misma función en el área sanitaria de Ferrol, es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago.

COLEGIOS

PEDRO HIDALGO ASUME LA PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE EXTREMADURA

Desde el pasado 1 de enero y durante los próximos dos años, la presidencia del Consejo de Colegios de Médicos de Extremadura será ostentada por Pedro Hidalgo, presidente del Colegio de Médicos de Badajoz que sustituye en el cargo Carlos Arjona cuyo mandato expiró el pasado 31 de diciembre.

OJO AL DATO / NUEVOS TITULADOS

28% de los nuevos titulados en Medicina se especializan en medicina familiar y comunitaria

El número de nuevos especialistas egresados se mantiene de media entre

4.500
y **5.500**

66% del total de nuevos egresados corresponden a las diez especialidades mayoritarias.

Los especialistas egresados procedentes de otros países suponen el

10%

Fuente: Estudio sobre la Evolución Profesional de titulados en Formación Sanitaria Especializada. 2006-2010.



Por JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA

Un poco de historia

Tradicionalmente venimos describiendo en esta columna procedimientos que ayudan en la gestión de la calidad y creo que es formativo detenernos y contar un poco de cómo surgió su necesidad en el mundo de la sanidad a través de sus principales hitos. Antes de estar protocolizada, la calidad se regulaba por la propia conciencia de los profesionales sanitarios y su código deontológico.

Históricamente, a Florence Nightingale (1858) se le reconoce como el padre de este movimiento hacia la calidad pues introdujo dos hechos fundamentales en Estados Unidos; por un lado, apoyó la formación no solo médica sino de las enfermeras y, por otro, realizó estudios de tasas de mortalidad en los hospitales militares logrando, mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 por ciento a un cuatro por ciento.

En 1910, Flexner evaluó los centros de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a su formación y recomendó su elaboración y establecimiento en todo el territorio.

Posteriormente, Codman, en 1912, desarrolló un método que permitió clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y un año después, como consecuencia de sus informes, el Colegio Americano de Cirujanos emprendió estudios sobre normalización en hospitales.

En 1950, de nuevo en Canadá, se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951, en Estados Uni-

dos, la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), organismos que permitieron la generalización de normas de acreditación en hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

Donabedian, en 1961, publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica basándose en tres conceptos que continúa desarrollando posteriormente y que constituirán la base principal para el desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria: análisis de la estructura, del proceso y de los resultados.

Alrededor de los años sesenta nacen las auditorías médicas como método de control interno de las instituciones con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial y, posteriormente, la JCAH los incorporó a sus programas de control de calidad, y exigiéndolos como condición de acreditación del centro.

La OMS ha manifestado siempre mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y, ya en los años ochenta, las organizaciones sanitarias comenzaron a utilizar filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM). Con ellas, la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover la mejora de la calidad.

En el año 1991, el Servicio Nacional del Reino Unido adoptó una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basaron

en trabajos generalistas de pioneros como W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa que los habían utilizado anteriormente en otras áreas de actividad no sanitaria.

Algunas referencias bibliográficas en castellano para los estudiosos del proceso histórico son:

1. Brenner, P (2006). PECAH. *Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria*. Dpto. calidad de prestadores http://www.minsal.cl/ici/red_publica/Pola_Bremen_Programa_de_evaluacion_de_calidad_hospitalaria_PECAH.pdf
2. America management.com (2001). *Ideas, globalidad, Interacción: Una nueva economía* <http://www.iaf.es/preima/articulo/cap31.htm>
3. Juran, J (2001). *Introducción a la calidad total. Manual de calidad*, 01 (14), 14.4-14.20.
4. Rico, R (1993). *Introducción. Calidad estratégica total: Total quality management*. 93 (1), 3-15.
5. Rojas, D (2006). *Teorías de calidad. Gestipolis* <http://www.gestipolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger1/teocalidad.htm>
6. Torregrosa, R (2006). *La calidad en los servicios sanitarios. Calidad: concepto y generalidades* http://www2.san.gva.es/hguv/descargas/quiosco/calidad_generalidades.pdf

PUNTOS CLAVE

Florence Nightingale, Flexner o Codman son algunos de los nombres pioneros en calidad sanitaria

Alrededor de los años sesenta nacen las auditorías médicas como método de control interno de las instituciones

7
TAE
EXTRA
si ya eres mutualista

6
TAE
EXTRA
si vienes a PSN

Soñarás con ello

PSN Rentabilidad Creciente PPA o PSN PIAS

* Condiciones de la Campaña

- Interés adicional extraordinario del 7% ó 6% TAE para nuevas contrataciones, aportaciones y traspasos provenientes de otras entidades realizados a PSN. Rentabilidad Creciente PPA y PSN PIAS entre el 1/12/2011 y el 29/02/2012, para personas menores de 62 años.
- Dicho interés se abonará en la póliza como aportación extraordinaria a cargo de PSN, con cálculo del 6 ó 7% TAE desde la fecha de recepción del importe traspasado o aportado, hasta el 29/02/2012, siempre que dicha aportación se mantenga hasta el 1/06/2012.
- No acumulable a otras promociones o campañas coincidentes. Promoción 7% TAE válida exclusivamente para mutualistas de PSN de alta antes del 30/11/2011. Fecha de abono de la aportación 6 ó 7% TAE a cargo de PSN: junio de 2012.

**La mutua de los profesionales,
tu mutua 902 100 062 / www.psn.es**


PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL



Por **ÓSCAR GIL GARCÍA**

Control de costes en producción

En momentos como los actuales en los que toca apretarse el cinturón y reducir partidas presupuestarias, una de las principales tentaciones es reducir la inversión en nuevos proyectos. La ventaja de una decisión como esta es que los resultados en la previsión del balance son inmediatos, y el ejercicio que hay que hacer es relativamente simple, pues pasa por priorizar ciertos proyectos y posponer otros a años mejores. La desventaja, sin embargo, es que se pierden oportunidades importantes de mejorar los servicios, ofrecer otros nuevos y diferenciarse.

Lo que *a priori* resulta más complicado es analizar el gasto recurrente que ya se tiene por mantener toda la base instalada, pues requiere un ejercicio más en profundidad de la relación de proveedores, productos y servicios que existen, y la toma de decisiones sobre la viabilidad, continuidad, sustitución o agrupación de los mismos.

En PwC llevamos más de un año implantando un modelo de gestión para los sistemas sanitarios en producción de una comunidad autónoma que está permitiendo un importante ahorro en costes de mantenimiento, además de facilitar la información necesaria para tomar decisiones sobre el parque instalado que mantengan o mejoren los servicios prestados reduciendo los costes.

La situación de partida consistía en que un número aproximado de un centenar de proveedores hacían el mantenimiento de aplicaciones informáticas en hospitales, centros de salud, y va-

rias direcciones generales de la propia consejería, en muchos casos con una descentralización de las decisiones y sin una valoración de la calidad del servicio. Como primer paso, se estudió la relación de productos y se identificaron aquellos cuyo mantenimiento (errores o modificaciones) podría ser soportado por otros proveedores distintos del actual, con el fin de agruparlos en lotes, en este caso en dos, a los que podrían concurrir distintas empresas. Una decisión como esta trae consigo de forma inmediata una reducción de costes en términos de economías de escala, si bien es verdad que los primeros meses tras la adjudicación no son del todo productivos pues el nuevo entrante requiere cierto tiempo para conocer en profundidad las nuevas aplicaciones que tiene que mantener.

Pero, adicionalmente a esto, se están consiguiendo otros logros importantes:

- **Control de costes por aplicación.** Permite tomar decisiones tales como sustituir aplicaciones que aparentemente funcionan bien pero cuyo coste en incidencias y modificaciones supera el de implantar un nuevo producto más moderno.

- **Control de costes por peticionario.** El presupuesto de informática deja de ser una caja negra, pues desde la dirección de informática se puede informar a cada departamento de cuánto cuesta el mantenimiento de las aplicaciones que le dan servicio.

- **La homogeneización de los procedimientos** de petición de nuevas funcionalidades, que pasan a ser centralizadas,

asesoradas por los propios usuarios, pero priorizadas con una perspectiva global, y de forma normalizada para todas las aplicaciones.

- **El control de calidad** en forma de acuerdos de nivel de servicio, lo que permite ofrecer garantías del servicio informático a los usuarios y penalizar al proveedor en caso de incumplimiento.

- **El seguimiento e información a los usuarios** del estado de sus incidencias y peticiones de evolutivo. Los usuarios pueden conocer en cualquier momento el estado de su petición de cambio o incidencia y los tiempos estimados de resolución.

- **Aseguramiento de la propiedad del conocimiento.**

Como parte de los nuevos procesos de aprobación de modificaciones en los evolutivos, el proveedor está obligado a documentar técnica y funcionalmente dichas modificaciones, asegurando que dicho conocimiento queda en el cliente y se evitan situaciones de dependencia excesiva del proveedor.

En definitiva, pese a que la puesta en marcha de iniciativas como esta suponen un cambio en la forma de trabajar de los usuarios y de gestionar a los proveedores, suponen un esfuerzo rentable en términos de mejora en el uso de los recursos y consiguen dejar más margen para el lanzamiento de nuevos proyectos que permitan incrementar o mejorar los servicios prestados.

PUNTOS CLAVE

Al reducir la inversión en nuevos proyectos se pierden oportunidades importantes de mejorar los servicios, ofrecer otros nuevos y diferenciarse

Analizar el gasto recurrente requiere un ejercicio de mayor profundidad en relación con los proveedores, productos y servicios que existen

PSN crece un 25% en nueva producción

PSN Mutua cerró 2011 con notables incrementos tanto en primas de nueva producción como en nuevas pólizas contratadas. En concreto, los 63,16 millones registrados de primas de nueva producción suponen un 25,5 por ciento más que la cifra registrada en 2010. Las nuevas pólizas también rompieron otro techo significativo, en este caso el de los 20.000 contratos. En total, los mutualistas suscribieron 20.669 nuevas pólizas, un 22,6 por ciento más que en 2010.



Las primeras cifras del cierre del pasado año confirman el buen rumbo en el que sigue instalada PSN gracias a su creciente actividad aseguradora, que no desfallece pese a las múltiples dificultades del entorno económico actual. Además, la nueva producción vuelve a mostrar que PSN está creciendo, año tras año, a un ritmo muy difícil de igualar por ninguna otra compañía aseguradora, ya sea nacional o multinacional.

EuroGalenus y Medical Finders fusionan sus actividades

EuroGalenus Executive Search, división española de Penrhyn International, una de las mayores redes internacionales de *head hunters* de directivos, y Medical Finders, consultora española especializada en la búsqueda y selección de directores y gerentes en las áreas de Gestión Hospitalaria y Seguros Privados de Salud, han anunciado la fusión de sus actividades de selección en nuestro país e Iberoamérica.

Medical Finders se integrará en la estructura de EuroGalenus como división especializada, beneficiándose de la pertenencia a Penrhyn International, una red mundial con oficinas en todos los continentes (destacando las de Argentina, Brasil, México, Chile, Uruguay y Perú, como Voyer Iberoamérica) y perteneciente a la Association of Executive Search Consultants (AESC), que cuenta con 17 miembros en España.



Luis Truchado (izda.), socio fundador de EuroGalenus, y Julián Ruiz Ferrán, socio director de Medical Finders.

MIHealth FORUM

Health Management & Clinical Innovation

EL ENCUENTRO DE LA INNOVACIÓN CLÍNICA Y LA GESTIÓN SANITARIA

24 - 25 MAYO 2012
www.mihealthforum.com

El primer foro internacional sobre la Innovación Clínica y su impacto en la Gestión Sanitaria. Los mejores expertos debatirán sobre los 4 ejes del cambio:

Conocimiento

Tecnología

Organización

Sostenibilidad

**Forme parte del cambio.
 El futuro está en MIHealth.**

ACES y FNCP se unen y crean la mayor patronal del sector

El pasado día 10 de enero la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP) y la Asociación Catalana de Entidades de Salud (ACES) ratificaron el acuerdo al que ambas asociaciones habían llegado a finales del pasado año por el cual ACES se asocia a la FNCP. Con la incorporación de ACES, la FNCP aumenta a 310 el número de asociados consiguiendo la mayor representación del sector sanitario de toda su historia, con presencia en todo el territorio nacional.

Las dos partes del acuerdo confían en que esta unión dé un nuevo impulso al sector privado sanitario español, ya que permitirá aunar esfuerzos para no solo convertirse en referente en cuanto a representatividad ante las administraciones públicas y desarrollar proyectos que impulsen el sector sanitario español fuera y dentro de nuestras fronteras, sino para el establecimiento de los términos de colaboración y sinergias precisos entre el ámbito privado y público.

FNCP y ACES también están comprometidos con el desarrollo empresarial y personal de los profesionales del sector, contando con programas de formación continuada, de carácter innovador y personalizado para cumplir con los principales estándares de calidad.



A.M.A. ganó hasta septiembre un 69% más que en 2010



Durante la Asamblea Extraordinaria se aprobó la fusión de la filial A.M.A. Agencia de Seguros.

A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora, la mutua de los profesionales sanitarios, obtuvo entre enero y septiembre de 2011 un resultado antes de impuestos de 14,09 millones de euros, un 69 por ciento más que los 8,33 millones de euros obtenidos en todo 2010. La mutua presentó en la Asamblea General Extraordinaria celebrada a comienzos de mes la cuenta de resultados auditada de los nueve primeros meses de 2011, que fue aprobada con un 99,5 por ciento de los votos.

En esa misma Asamblea, se ratificó la fusión por absorción de su filial A.M.A. Agencia de Seguros, una sociedad mercantil unipersonal no aseguradora, de cuyo capital social la mutua es titular al ciento por ciento. La aprobación de las cuentas era un requisito obligado para que A.M.A. pudiese realizar esta operación.

Ferrer lanza su nueva gama de complementos alimenticios con omega-3

om3gafort^{SCC}
SUPERCRITICAL CONCENTRATION SCC

Grupo Ferrer lanza al mercado Om3gafort, la marca de complementos alimenticios con altos niveles de concentración de ácidos grasos omega-3 de cadena larga: EPA (ácido eicosapentaenoico) y DHA (ácido docosahexaenoico). Todos los productos de la gama contienen EPA y DHA en concentraciones al 80 por ciento. Este elevado porcentaje se logra gracias a la utilización de la tecnología *supercritical concentration*

(SCC), el sistema de extracción más eficaz, ecológico y seguro para obtener el Omega-3 más concentrado.

Om3gafort tiene su origen en una materia prima de óptima calidad: la anchoveta del Océano Pacífico. Se trata de una especie de pescado azul de tamaño pequeño y un ciclo de vida corto, por lo que apenas acumula contaminantes ambientales. Se ha escogido la anchoveta del Pacífico por la calidad de la corriente marina de la zona, debido a la poca navegación de la costa donde se pesca. Cabe señalar también que se realiza una pesca responsable, por lo que resulta una materia prima que se obtiene de manera sostenible.



AMPLIA CARTERA DE SERVICIOS

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

ALTA TECNOLOGÍA MÉDICA

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



Una asistencia integral y personalizada con la tecnología más avanzada

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

TELÉFONO CITAS **91 595 70 00**

Avda. de Valladolid, 83 · 28008 · Madrid
www.hospitalmoncloa.es



José Luis Llisterri Caro, candidato a la presidencia de Semergen

“Es tiempo de reconocer la intelectualidad y la aportación científica”

El próximo 11 de febrero la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) elige nueva Junta Directiva. José Luis Llisterri, actual coordinador del Grupo de Trabajo de Hipertensión, encabeza una candidatura centrada principalmente en la investigación, la ciencia y la participación.

PREGUNTA. ¿Por qué ha decidido presentar su candidatura a la presidencia de Semergen en este momento?

RESPUESTA. La constitución de mi candidatura surge de la iniciativa de un grupo de socios que me avalan, entre los que se encuentran doce presidentes autonómicos. Entre todos decidimos fundamentar una nueva propuesta que, sin renunciar a lo conseguido por la anterior Junta Directiva Nacional, se enfocara más en los socios, la investigación y el paciente, y que reorientara el modelo actual de Semergen hacia nuevos retos más innovadores y ambiciosos de cara a afrontar el futuro. Creemos necesaria una nueva reorientación del modelo actual de la sociedad y creo, honestamente, que la aceptación y apoyo que ha recibido hasta ahora nuestra candidatura nos hace ser muy optimistas de cara a las elecciones de próximo once de febrero.

R. ¿Cuáles son las líneas estratégicas de su candidatura?

P. Creemos que es elemental la consolidación de la actual situación política y económica de la sociedad e impulsar el modelo científico, uno de los pilares sobre los que se asienta cualquier sociedad médica. Para ello los socios en general, y los grupos de trabajo, en particular, son claves y deben liderar inexcusablemente la formación, docencia e investigación. Es tiempo de reconocer la aportación de los mismos al fortalecimiento de la sociedad; es más, es tiempo de reconocer la intelectualidad y la aportación científica.

En resumen, nuestras líneas estratégicas se centran en una Semergen con más investigación, ciencia, transparen-



cia en la gestión, participación de los todos los socios y acercamiento a nuestros pacientes.

P. Si finalmente gana las elecciones, ¿cuáles serán sus primeros objetivos al frente de la sociedad?

R. Desde que comenzamos a darle forma a nuestro programa electoral, el equipo al que represento ha volcado toda su ilusión, confianza y compromiso en potenciar una sociedad científica más eficiente que proporcione soluciones en la mejora de las competencias profesionales, científicas, investigadoras y docentes. Pondremos en marcha una Agencia de Formación y Desarrollo Profesional y una Agencia de Investigación para los socios, mejoraremos el modelo de relación de la Junta Directiva Nacional con las Juntas Autonómicas, creando un coordinador que sirva de nexo de unión entre ellas, así

como otras medidas de cara al socio, al paciente, a la sociedad y a las comunidades autónomas. La Atención Primaria es la columna vertebral del Sistema Nacional de Salud, y nuestro objetivo prioritario es garantizar sus sostenibilidad y desarrollo.

P. ¿Qué pueden aportar los médicos de Atención Primaria a la sostenibilidad del sistema ahora que tanto se debate sobre este tema?

R. Vivimos un momento delicado, en el que nuestro SNS, considerado hasta hace poco uno de los más eficientes del mundo, es cuestionado y, lo que es peor, se etiqueta de caro y poco sostenible a corto plazo. En mi opinión, el SNS está en peligro tal y como lo conocemos hasta ahora y se están planteando una serie de medidas que no van solo contra la dignidad propia de nuestra profesión, sino que atacan a la integridad de nuestra sociedad. En el SNS falta cohesión y equidad, lo que propicia desigualdades territoriales en las prestaciones, dotación de recursos, retribuciones, reconocimiento laboral y profesional, etcétera. Para solucionar el problema debe cambiar el paradigma: el gestor del sistema debe ser el médico de familia. Lo primero es la sostenibilidad y para ello es preciso incrementar la capacitación y sobre todo, la motivación, la forma de conseguirlo es incrementando la autonomía y responsabilidad del médico.

P. ¿Alguna sugerencia a los gestores políticos para desburocratizar las consultas y reducir las listas de espera?

R. Hay que mantener una posición fuerte ante la administración, ya que

la Atención Primaria está saturada, no cuenta con los recursos económicos necesarios y se nos está relegando al ejercicio rutinario de rellenar papeles. Los recursos dedicados a la atención especializada triplican los de primaria y existe un desprestigio social del médico de familia. Es muy importante reducir la burocracia y la intervención política para que haya más intervención profesional y ciudadana, y reivindicar que el médico de familia tenga acceso a todas las pruebas que están en el sistema público.

P. ¿Qué papel juega, en su opinión, el médico de AP en la formación del paciente de cara a que este sea más consciente de la importancia del autocuidado?

R. Es necesaria una aproximación al paciente, transmitirle que le escuchamos, que estamos cerca de él y que le educamos en salud. Es necesario también abordar e integrar la actividad de los foros de los pacientes en la propia estructura de la sociedad y viceversa, es decir, que la sociedad se vuelque en la formación y educación de los pacientes en el área de nuestras competencias. Hay que educar a los ciudadanos en su co-

"HAY QUE EDUCAR A LOS CIUDADANOS EN SU CORRESPONSABILIDAD EN LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS"

responsabilidad en la sostenibilidad del SNS. Nuestra candidatura propone adaptar el modelo organizativo y científico orientándolo más hacia las necesidades del paciente, incrementando la relación y colaboración con asociaciones de pacientes y sociedad en general. Proponemos la creación del foro de pacientes.

P. ¿Qué lugar cree que deben ocupar las nuevas tecnologías en el ejercicio de la medicina?

R. El desarrollo de la medicina va ligado al desarrollo de las demás áreas de crecimiento científico e intelectual de una sociedad. Sin la interacción con las nuevas tecnologías no serían posibles muchos de los avances en el ejercicio de nuestra profesión. Sin embargo, creo que existen ciertas deficiencias en nuestro actual modelo que hacen que perdamos muchas oportunidades, como la falta de interacción entre los sistemas informáticos de las 17 autonomías, o que los recursos disponibles se dirijan a otros estratos del sistema sanitario, dejándonos a la Atención Primaria cada vez más en una situación anacrónica comparada con las herramientas tecnológicas de las que disponen, por ejemplo, los hospitales.



ELECCIONES 2012

Los socios de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) están llamados a las urnas el próximo 11 de febrero. La séptima presidencia de Semergen se la disputan dos hombres: José Ignacio Cantero Santamaría y José Luis Llisterri Caro. Estas son las candidaturas que encabezan.

JOSÉ LUIS LLISTERRI CARO

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Es coordinador nacional del Grupo de Hipertensión Arterial de Semergen y miembro de los comités de redacción de la revistas *Semergen e Hipertensión*.



CANDIDATURA

- José Polo García
- Rafael Micó Pérez
- Isidoro Rivera Campos
- Gustavo C. Rodríguez Roca
- Armando Santo González
- José Manuel Comas Samper
- María Dolores Aicart Bort
- Alberto López Rocha
- Francisca Molina Escribano
- Montserrat Pimienta Escrihuela
- Jesús Vergara Martín

JOSÉ IGNACIO CANTERO SANTAMARÍA



Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Es responsable del proyecto Desarrollo Profesional Continuo (DPC) de Semergen, coordinador del Congreso Virtual de Atención Primaria de la sociedad y vicesecretario de la Junta Directiva Nacional.

CANDIDATURA

- Carmen Valdés y LLorca
- Pilar Guillén Ardid
- Isabel Pastrana Pastrana
- Francisco Javier Fonseca del Pozo
- Antonio Gómez Peligros
- Esther Redondo Margüello
- Elena Fernández Fernández
- Puy Gorgojo Ituiz
- José Fernando Pérez Castán
- Félix Suárez González
- José Hernández Úrculo



Por **PATRICIA GÓMEZ PICARD**

Garantizando la sostenibilidad

La Asociación Nacional de Directivos de Enfermería incluye en su misión el conformar y mantener un foro plural de encuentro, reflexión y opinión en el actual contexto sanitario y social.

Con el objetivo de avanzar en esta línea, iniciamos con este artículo una sección en la que pretendemos presentar a debate diversos temas de interés relacionados con la gestión enfermera y con la gestión sanitaria. Para iniciar esta nueva andadura, en la que el apoyo de la dirección de la revista ha sido un elemento fundamental, hemos considerado que ningún tema era más adecuado que el poder referirnos a la aportación enfermera en las decisiones estratégicas del sistema sanitario.

El presente profesional enfermero está cargado de retos y oportunidades. Tanto las universidades como las asociaciones, los colegios profesionales, sindicatos, numerosas instituciones, etcétera, trabajan por y para el desarrollo de competencias enfermeras avanzadas.

El equilibrio entre la sostenibilidad, la innovación y la apuesta por nuevas formas de organización que permitan una atención sanitaria de mayor calidad y modelos más eficientes es imprescindible ante el panorama económico actual y a la vez una prioridad para la sociedad.

No podemos seguir hablando de la necesidad de un futuro sostenible, sin valorar que cualquier decisión que se tome hoy afectará no solo al presente sino al futuro de las organizaciones en los diferentes niveles, macro, meso y micro gestión. Por tanto, tenemos la responsabilidad y la obligación de mejorar día a día la eficiencia y la planificación sanitaria, participando en el diseño de nuevas formas de gestión que ofrezcan mayor garantía de sostenibilidad.

La composición de la oferta (profesionales, dotaciones y articulaciones entre ellos) se adapta con extrema lentitud a los cambios en demografía, tecnología y formas de vivir. El carácter funcionarial, el igualitarismo mal entendido e injusto, así como las inercias presupuestarias que no redirigen los flujos de financiación hacia quienes mejor lo hacen, están en la base del problema.¹ También los errores en planificación, la escasa evaluación, y la falta de criterio científico.

En estos momentos es importante incorporar el saber y hacer enfermero tanto a la alta dirección, como a nivel de mesogestión y de gestión clínica para contribuir a desarrollar formas de organización transversales, como palanca de cambio para armonizar la calidad asistencial y el

consumo responsable de los recursos. Dejar gestionar a quien lleva demostrando desde hace tiempo un conocimiento profundo de las organizaciones tanto hospitalarias como de Atención Primaria.

Si analizamos los datos del barómetro sanitario vemos que, año tras año, el grado de satisfacción de los españoles con el sistema sanitario en general, y con la oferta de servicios enfermeros en particular, es muy elevado.

Nuestro país goza de un excelente sistema sanitario, que consigue unos muy buenos resultados en salud y un elevado grado de satisfacción de la ciudadanía con unos costes más bajos que la media de países de nuestro entorno, a pesar del gran esfuerzo, tanto en tecnología como en recursos humanos, realizado.²

Por tanto, no podemos dejar de plantearnos lo siguiente: ¿Están nuestras decisiones de gestión basadas en la evidencia científica?, teniendo en cuenta que vivimos en un país donde la asistencia sanitaria es gratuita, que dedica el 85 por ciento de su producto interior bruto a gasto sanitario, no podemos permitirnos tomar decisiones sobre grupos de pacientes o poblaciones despreciando la evidencia.

Evidencia disponible y alcanzable por la mayoría de profesionales gestores, en la cual encontramos fundamentos sólidos para realizar cambios en las instituciones, para entender la importancia de mantener una determinada calidad de cuidados. Este

ANDE

Asociación Nacional de
Directivos de Enfermería

hecho implica necesariamente un número de enfermeras contratadas que permanecen las veinticuatro horas del día al lado de los pacientes, detectando complicaciones y previniéndolas, consiguiendo una pronta recuperación, ayudando a adaptarse a las personas a su nueva situación de salud, favoreciendo una disminución de comorbilidades, evitando reingresos, ofreciendo a la población programas de educación sanitaria estructurados, garantías de salud.

Ampliamente estudiada está la relación entre la mortalidad en las unidades hospitalarias y la dotación de enfermeras para el cuidado de los pacientes, advirtiendo que la efectividad de las enfermeras para garantizar la vigilancia eficaz y la seguridad del paciente, se ve afectada por el número de enfermeras disponibles.³

La evidencia científica muestra modelos de gestión más eficientes con enfermeras de práctica avanzada y gestión de patologías crónicas, por ejemplo. La política sanitaria debe adaptarse a nuevos retos.

RELEVANCIA ENFERMERA

Se han propuesto muchos modelos en los que la enfermera adquiere mayor o menor relevancia, condicionados en muchas ocasiones por el contexto local o por factores organizacionales: gestión de casos (*case management*), gestión de enfermedades (*disease management*), teleatención, (*telecare*), equipos multidisciplinares, clínicas ambulatorias para procesos específicos.⁴

Todo ello no puede hacerse desde la improvisación sino teniendo presente la necesidad de planificar y evaluar la eficacia de las prestaciones sanitarias, tomando decisiones en cascada de tal forma que lleguen a cualquier profesional de la organización.

La visión estratégica y la participación en las decisiones posibilita la definición del modelo de gestión, sin olvidar la elaboración de planes estratégicos que incorporen en cada momento los proyectos de cuidados en todas las organizaciones, formando parte también de los contratos de gestión.

La cultura de las organizaciones cambiará, en la medida que seamos capaces de recuperar los valores, acorde al desarrollo y al bienestar social que queramos obtener, tratando de ser eficientes y teniendo en cuenta que los servicios públicos deben medirse también en función del valor social que aportan. Apostar por políticas de personal que contemplen la flexibilidad en la contratación, sistemas retributivos y de incentivos ágiles, etcétera.

La sostenibilidad de los servicios de salud dependerá por tanto del encaje que puedan tener la política, el desarrollo económico, la gestión sanitaria y la autorresponsabilidad.⁵

De todos es sabido que las enfermeras y enfermeros tienen las competencias necesarias para liderar los cambios en Atención Primaria, impulsar el desarrollo de nuevas tecnologías, coordinar los procesos asistenciales de atención al paciente crónico, liderar los proyectos que garanticen la seguridad clínica, impulsar una cultura de adecuación de práctica clínica, gestionar unidades, etcétera.

Revisiones sistemáticas como *Factors contributing to nursing leadership: a systematic review* demuestran que el desarrollo del liderazgo enfermero contribuye a crear entornos de trabajo saludables y óptimos cuidados para los pacientes.

En estos momentos únicamente debemos poner los medios para hacerlo posible.

Para más información:

1. *La calidad del sistema nacional de salud, base de su deseabilidad y sostenibilidad*. Enrique Bernal Delgado y Vicente Ortún. *Gac Sanit* 2010;24(3):254-258.
2. *Medidas a tomar para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario. ¿Quién está en lo cierto?* Juli Fuster y Patricia Gómez. *Tesela* 2011;9. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts9/ts.php>
3. *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction*. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. *JAMA* 2002; 28(16):1987-1993.
4. *Investigación en implementación de servicios enfermeros de atención a pacientes crónicos y dependientes*. Morales Asencio, José Miguel. *Index de Enfermería* (edición digital) 2009;18(4). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/249252.php>
5. *Factors contributing to nursing leadership: a systematic review*. Greta Cummings, How Lee, Tara MacGregor, Mandy Davey, Carol Wong, Linda Paul, Erin Stafford. *J Health Serv Res Policy* Vol 13 No 4 October 2008.

Sección patrocinada por:



El Consejo opina...

...sobre la Sanidad en España

EL CONSEJO EDITORIAL DE *MEDICAL ECONOMICS*, COMPUESTO POR DESTACADAS PERSONALIDADES DE DISTINTOS SECTORES PROFESIONALES, VALORA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA SANIDAD ESPAÑOLA Y TRAZA UNA PERSPECTIVA DE FUTURO

Aunar fuerzas en pro del paciente



Juan Abarca Campal, consejero delegado del Grupo HM Hospitales.

Con el nuevo año es tiempo de reflexionar, avanzar en la dirección correcta y, sobre todo, sumar fuerzas, lo cual, en sanidad, solo puede traer una mejora en la calidad de los servicios asistenciales. En lugar de ahondar en confrontaciones y debates políticos inútiles, debemos abogar por un sistema sanitario en el que el sector público y el privado trabajen de forma complementaria, aprovechen recursos y sinergias, potencien mutuamente la excelencia de sus respectivas ofertas

y, en definitiva, puedan mejorar aún más el servicio en salud que necesitan nuestros pacientes, a quienes nos debemos.

El papel y eficacia en la gestión de la sanidad privada es incuestionable y que la pública cuente con ella no puede sino repercutir en una descongestión del sistema público, ya que son muchos los españoles que optan por un "copago voluntario" al pagar un seguro privado y no utilizar por tanto los recursos públicos. Otro ejemplo a seguir del sector privado es la publicación de los resultados médicos, lo que reclamamos para dar al paciente la necesaria información que le permita elegir libremente médico y centro. Estas son sólo algunas de las recetas que esperamos sirvan para alimentar un caldo de cultivo pensado siempre en beneficio del paciente, que es nuestro objetivo primero y último.



Marta Aguilera Guzmán, presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.

Pacto por la sanidad: una oportunidad histórica

El anuncio realizado en el debate de investidura por el presidente del Gobierno de plantear un "pacto por la sanidad con todos los partidos políticos, administraciones públicas y profesionales impli-

cados", recoge una de las demandas más reiteradamente formuladas desde diferentes sectores profesionales, políticos y sociales. Una demanda que también ha expresado en más de una ocasión la Sedap y que deberá conducir a una reforma de nuestro sistema sanitario público que, con absoluto respeto a nuestro ordenamiento constitucional, asegure los criterios básicos recogidos en la ley general de sanidad de 1986: la eficiencia, la calidad, la cohesión territorial y la equidad de acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones sanitarias, con independencia de su lugar de residencia, situación económica u otros factores sociales o culturales.

No es la primera vez que se formula este propósito. Al menos ha habido ya tres intentos anteriores, los anunciados o impulsados por los ministros José Manuel Romay, Bernat Soria y Leire Pajín. Incluso podría decirse que han sido cuatro, si incluimos el articulado en torno al trabajo de la Comisión que presidió Abril Martorell en 1991; intentos que concluyeron, en el mejor de los casos, con una serie de "recomendaciones" que no sería bueno desconocer ni olvidar.

Sin embargo, también es verdad que en esta ocasión la propuesta de un pacto por la sanidad ha sido formulado por el presidente del Gobierno y en un contexto de crisis económica sin precedentes. Igualmente, tampoco cabe ignorar que estamos en una situación casi límite, de quiebra económica y desmembramiento organizativo del Sistema Nacional de Salud. Un sistema que precisa una financiación adecuada y suficiente, un liderazgo efectivo y unas reglas de gobierno que aseguren su funcionamiento cohesionado. Estamos, por tanto, ante una oportunidad histórica. Un pacto por la sanidad que exige de todos generosidad, amplitud de miras y sentido de Estado. Lo que está en juego es, ni más ni menos, que la propia sanidad pública española, uno de los pilares básicos del estado del bienestar y de la que nos sentimos orgullosos. Una sanidad que hemos construido, a lo largo de muchos años, entre todos y en cuya reforma la Sedap ofrece su leal colaboración.

Una oportunidad para avanzar



Margarita Alfonso Jaén, secretaria general de Fenin.

La sanidad en nuestro país cuenta con una nueva oportunidad para demostrar su eficiencia y seguir garantizando la accesibilidad, la calidad y la equidad para todos los ciudadanos. En 2012, el nuevo Gobierno debe apostar de manera decidida por la ciencia y por la innovación, las dos grandes herramientas que permiten abordar con garantías el complejo escenario de futuro al que nos enfrentamos y que permiten asentar

una nueva base para nuestro modelo productivo.

Nuestro sistema sanitario, uno de los más reconocidos del mundo, merece una renovación integral que permita explotar y optimizar de manera eficiente el potencial de I+D+i de nuestros institutos de investigación, de los consorcios de investigación biomédica, de los profesionales sanitarios y del sector empresarial.

El sector de tecnología sanitaria, como socio estratégico del sistema, está comprometido con la sociedad y creemos, hoy más que nunca, que la cooperación entre todos los agentes sanitarios es un elemento esencial para la búsqueda de soluciones reales que permitan afrontar con éxito el futuro, garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario y, sobre todo, velar por el desarrollo socioeconómico y la salud y calidad de vida de la población.

Ajustarse a objetivos realistas



Humberto Arnés Corellano, director general de Farmaindustria.

Los momentos económicos tan difíciles que estamos atravesando están haciendo tambalearse un pilar básico de nuestro estado de bienestar como es la sanidad. Somos muchos los que queremos mantener una de nuestras más importantes conquistas como sociedad: un sistema público de salud que se encuentra entre los mejores del mundo. Pero, para conseguirlo, además de una gestión rigurosa y eficiente, se necesita allegar los recursos necesarios para

una financiación realista de la sanidad, de forma que se pueda seguir manteniendo el actual nivel de cobertura y prestaciones y deje, a su vez, de acumularse deuda con los proveedores de bienes y servicios, poniendo en riesgo su actividad. Se ha abierto una nueva etapa política que debemos aprovechar; es necesario alcanzar una estabilidad y una predictibilidad regulatoria en el ámbito del

medicamento, fijando un objetivo realista de contención del gasto público para los próximos cuatro años vinculado a parámetros macroeconómicos relevantes, y en el campo de la deuda, establecer un mecanismo que permita sanearla. Solo así nuestras compañías podrán normalizar su situación y retomar la senda de desarrollo de este sector estratégico para nuestra economía y para el SNS.

Por una farmacia de servicio, pero rentable



Mariano Avilés Muñoz, presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico.

La situación en la que se ha colocado a la farmacia no es fácil, está metida en un bucle que hoy por hoy o no tiene salida o tiene mala solución, todo ello si seguimos hablando de un modelo que es bueno, muy bueno para los ciudadanos, rentable para las administraciones y ruinoso para los profesionales por muchas bondades que finalmente vean en él quienes defienden un modelo que, siendo bueno, no es equitativo para todas las partes en liza.

La modernización de la farmacia requiere un componente asistencial muchísimo más importante, de clara implicación y posiblemente menos altruista de lo que hasta ahora marcan las normas de juego; hoy más que nunca es necesario que quienes representan a los profesionales se paren a pensar y a hacer autocrítica de lo que se ha hecho (o dejado de hacer), sin mirarse al ombligo. En estos tiempos no es buena una farmacia subvencionada y sí competitiva, que cobre, como cualquier profesional, el precio justo de las prestaciones que da, que son muchas.

En la encrucijada del cambio



Victoria Ayala Vargas, directora científica de Oximesa (Grupo Praxair).

La sanidad en España camina en paralelo con el desarrollo económico del país. La red de agentes que sustenta su desarrollo es diversa y presenta fuertes líneas de conexión.

En muchas ocasiones estas conexiones son tan fuertes y prolongadas en el tiempo que llegan a fusionarse desde un punto de vista funcional. En el momento económico y social actual, nuestro país se encuentra en la encrucijada entre el cambio por necesidad y el temor a un error en el mismo. La potestad en la toma de decisiones a este nivel es política, y requiere de un conocimiento global del sistema sanitario, así como experiencia en economía.

Los agentes ahora más que nunca deben estar alineados y unidos en el objetivo común de mantener y mejorar la funcionalidad del sistema sanitario español. No es cuestión aislada de voluntad o preparación de los agentes, de desarrollo tecnológico o de recorte de prestaciones y recursos. El futuro de nuestra sanidad y de nuestro país pasa por el trabajo en equipo de todos los agentes para encontrar una solución sostenible en el nuevo escenario macroeconómico, y pasa por un cambio de mentalidad en la manera de hacer las cosas.

Innovación e investigación biomédica



Honorio Bando Casado, consejero de dirección del Instituto de Salud Carlos III.

La grave crisis que venimos padeciendo, acentuada en 2011 y continuando todavía, no ha sido obstáculo para hacer avances importantes en la investigación e innovación en ciencias de la salud y de la vida.

Estos avances tienen un primer exponente en la Ley de Ciencia y Tecnología de 1 de junio de 2011 con los siguientes retos: diseño de una carrera científica basada en méritos estables y previsibles, para poner en marcha un sistema de investigación y desarrollo más eficaz y eficiente; promoción de un modelo productivo con una verdadera sociedad del conocimiento, impulsora de una economía más sostenible; profundización en la cooperación entre administraciones y entre países que integran el espacio europeo de investigación.

En esta línea de innovación, el instituto de Salud Carlos III ha presentado la Alianza por la Investigación e Innovación en la Salud, como conglomerado de instituciones responsables del ámbito sanitario y de la investigación en biomedicina, que junto con agentes públicos y privados de la investigación y de la innovación en el ámbito biomédico, cohesionen el sistema español de ciencia y, tecnología e innovación en el ámbito de las ciencias de la salud y de la vida.

En el ámbito de la investigación biomédica las RETICS, CIBER y CAIBER han potenciado estructuras de colaboración entre universidades, organismos de investigación y hospitales, entes públicos de investigación, para que puedan integrarse en las plataformas europeas e internacionales. Ahora hay que atraer a la empresa privada a estas estructuras estables y comprometerla con el diseño de políticas de futuro, como auténtica creadora y dinamizadora de riqueza y empleo. En el fomento científico y técnico hay que destacar la convocatoria "INNPLANTA".

Una sanidad marcada por el envejecimiento demográfico



Josep Basora Gallisá, presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

La situación de la sanidad española durante este 2011 ha estado claramente marcada por el debate sobre la sostenibilidad de la misma y, en consecuencia, sobre cómo se puede adaptar el modelo actual a una nueva situación y a un futuro próximo marcado por el envejecimiento poblacional con un aumento significativo de la comorbilidad de enfermedades crónicas y unos recursos de financiación finitos. Como avance hay que resaltar los planes de cronicidad siguiendo

la estela de la I Conferencia sobre Cronicidad de la Semfyc y la Semi del 2010 definidos en varias comunidades autónomas con un enfoque generalista. Por el camino han quedado los recortes económicos en varias autonomías, con el consiguiente análisis de la afectación asistencial y de la calidad de los servicios prestados. La Atención Primaria quiere jugar un papel clave en la sostenibilidad del sistema y el año pasado reivindicamos en el foro de médicos de Atención Primaria un papel central que la Ley General de sanidad nos otorga pero que no se cumple, nuestras demandas concretadas eran más financiación para este primer nivel asistencial potenciando su capacidad resolutoria, la desburocratización de las consultas y el reconocimiento profesional con un claro guiño a la corresponsabilización en la gestión. La evaluación de las Estrategias AP 21 fue una de las asignaturas pendientes, y los logros son la Primera Conferencia de Atención Primaria y la instauración en el calendario del día de la AP.

Hacia un modelo de gestión de crónicos



Vicente Bertomeu Martínez, jefe del Servicio de Cardiología del Hospital de Sant Joan (Alicante).

Nos encontramos en una situación absolutamente inesperada hasta hace pocos meses, y que constituye un auténtico reto para todos los sectores implicados en la sanidad: políticos, gestores, profesionales e incluso, para los propios pacientes.

El tratamiento de las enfermedades cardiovasculares ha experimentado importantes avances en los últimos años que han conseguido reducir la mortalidad de las

mismas, fundamentalmente por la mejoría en el tratamiento de los procesos agudos.

El reto que tenemos en este momento es mejorar el rendimiento del sistema sanitario en el control de las patologías crónicas, que son una de las principales causas del gasto sanitario. Para ello es necesario buscar nuevos modelos de gestión y colaboración entre las distintas especialidades médicas. Por ello, a la hora de afrontar los cambios estructurales, que sin duda van a ser precisos, la Administración debe contar con los profesionales médicos a través de sus órganos de representación, como son las sociedades científicas, para conseguir mejorar la eficiencia del sistema y la implicación de los profesionales en la práctica diaria.

No desaprovechemos esta crisis, menos tiene que ser más



Fidel Campoy Domenech, director General de Desarrollo Corporativo. DKV Seguros.

En el 2011 la magnitud de la deuda sanitaria ha sido uno de los grandes problemas del sector y ha tenido un gran impacto en todas las empresas que trabajamos en el mismo.

Se ha estimado el déficit en la financiación sanitaria entre un punto y un punto y medio del PIB, lo que lo convierte en uno de los principales problemas que tiene que afrontar tanto el nuevo gobierno central como los autonómicos en este momento de crisis.

Además, como en gran medida se trata de un déficit recurrente, la solución pasa por introducir cambios estructurales y no solo mejoras de gestión.

La gravedad del problema, la crisis financiera y la madurez de la sociedad facilitan la toma de decisiones y la aplicación de las medidas necesarias para garantizar el futuro del sistema, aunque para ello todos tengamos que hacer sacrificios en el momento actual para compensar los excesos del pasado. O sea, la misma situación de crisis genera una gran oportunidad para corregir los errores cometidos.

No será una tarea fácil, ni hay soluciones mágicas, pero lo que sí hay que tener claros son los principios para abordar tan ingente tarea, que no son otros que los que emanan de la ética sanitaria y la ética del bien común aplicadas al mantenimiento del patrimonio social que es nuestro sistema sanitario público.

Los nuevos responsables de conducir los destinos del sector sanitario han de acertar con las medidas y con los compañeros de viaje, si queremos hacer de la necesidad virtud. También es necesario romper prejuicios y

deben explorarse con mente abierta todas las alternativas. La confrontación ideológica entre lo público y lo privado y su alineamiento con alternativas políticas ha politizado la gestión del servicio sanitario público hasta el punto que los distintos modelos organizativos que se han ido introduciendo en sanidad se han vinculado a alternativas políticas, y han hecho de la sanidad un campo de enfrentamiento político y se ha alimentado un falso debate entre “defensores de lo público” y “supuestos privatizadores”. Seguir por esta dinámica de enfrentamiento será una dificultad añadida en un proceso difícil de por sí.

Considero que, para salir del problema, los gobernantes tienen el deber de utilizar todos los recursos y alternativas existentes y, por supuesto, implicar también al sector privado en la solución.

Al igual que el aforismo médico dice “no hay enfermedades, sino enfermos”, podemos decir que no hay modelos concesionales sino concesiones, porque cada una tendrá su singularidad. Pero lo importante será cómo se diseñen y cómo se gestione la responsabilidad compartida entre la Administración como responsable del servicio público de salud y la empresa concesionaria como la encargada de la prestación sanitaria. Aquí no caben las ideologías, sino los criterios de calidad y eficiencia en la prestación sanitaria. Es mucho lo que está en juego.

El médico debe preparar mejor su jubilación



Miguel Carrero López, presidente de Previsión Sanitaria Nacional.

Aunque ocultada por otras noticias más impactantes, la crisis del sistema público de pensiones también ha contribuido a perfilar los rasgos de este convulso 2011 por el que hemos transitado con suma dificultad. Siendo tan esperados y perentorios, los cambios legales introducidos no han conseguido disipar las dudas que se ciernen sobre uno de los pilares de nuestro estado de bienestar.

De hecho, ya no es de agoreros ni de interesados afirmar que la cobertura pública de la jubilación no está suficientemente dotada ni tampoco garantizada en sus niveles actuales y, en muchos casos, no se corresponde con las cotizaciones realizadas a lo largo de la vida activa.

Dos siguen siendo, a mi juicio, los problemas fundamentales del sistema. Primero, el tope de las pensiones, cuya cuantía, en algunos casos, impide su justa correspondencia con los ingresos de toda una vida profesional. Y segundo, el modelo de caja única, que junta aportaciones y destina prestaciones de manera

genérica y sistemática, cuando lo lógico sería disponer de seguros individuales, con activos y provisiones que garantizaran, bajo cualquier causa, el cobro efectivo de la pensión por parte de cada uno de los cotizantes.

El panorama no es nada halagüeño para la ciudadanía. Y lo es menos aún para los médicos, un colectivo particularmente afectado por la flagrante insuficiencia de las pensiones. Se da además la circunstancia de que los médicos son profesionales poco interesados; trabajan y casi viven pendientes de los problemas de los demás, y pocas veces miran por sus circunstancias y las de los suyos. De ahí su desconocimiento de lo que les espera según van aproximándose al retiro.

En resumen, los médicos deben saber desde ya que sus escasos ahorros, si es que los tienen, no les servirán para mantener su poder adquisitivo. Deberán planificar su jubilación con tiempo suficiente, buscando el mejor asesoramiento financiero y fiscal y encontrando los instrumentos de ahorro y los productos de capitalización que mejor respondan a sus necesidades personales. Solo así conseguirán que la cercanía del retiro no se convierta en un quebradero de cabeza irresoluble, que amargue definitivamente lo que debe ser el inicio de una etapa de descanso activo, bien merecido y justamente financiado.

Evaluación económica: ¿herramienta posible también en España?



Guillermo Castillo Acero, director de la Fundación Grünenthal.

En los últimos años se ha hablado mucho de la evaluación económica como un mecanismo necesario para aumentar la eficiencia de los servicios sanitarios y conseguir un uso adecuado de los recursos que revierta en una calidad de los servicios proporcionados al paciente. El análisis de decisión persigue cambiar la manera de elegir entre alternativas disponibles, para actuar según necesidades y obtener el mejor resultado.

Son varios los países de la Unión Europea que ya tienen incorporados estos mecanismos para la adopción de estrategias sanitarias, permitiendo a sus decisores analizar y cuantificar con este criterio adicional, las tecnologías que mejores resultados en salud pueden ofrecer a menor coste. Pero, ¿cuál es la realidad de nuestro país en cuanto a la toma de decisiones en base a criterios farmacoeconómicos? Nuestra sociedad aún se inclina por reducir los costes, sin considerar los beneficios.

Pero un país sometido a una crisis económica y posiblemente a una crisis en la sanidad, debe buscar la relación clara entre ambos conceptos, y velar no solo por

la reducción de costes, sino por asegurar el acceso y la equidad invirtiendo en las mejores soluciones de salud.

Por un lado, las empresas farmacéuticas tienden a aportar cada vez más, centrando sus esfuerzos en la realización de estudios farmacoeconómicos como paso fundamental para la decisión sobre precio, reembolso y prestaciones sanitarias. Por otro lado, han sido varios los intentos de establecer un marco regulatorio para el desarrollo de la evaluación económica de medicamentos en España; el último, en el RDL 9/2011 del pasado mes de agosto.

Por ello, estamos ante una oportunidad para dar el paso e instaurar una nueva cultura que involucre a todos los agentes sanitarios, públicos y privados, para hacer de la evaluación económica una herramienta fiable y necesaria para la toma de decisiones.

Sistema retributivo



Enrique Catalán López, asesor del Grupo Empresarial de la ONCE.

La sanidad tiene una revolución pendiente. Los sistemas retributivos actuales se han quedado anticuados. No responden a las actuales necesidades, ni a los cambios sociales. El personal sanitario sigue trabajando a cambio de un salario que, básicamente, depende de lo establecido o pactado el día de su contratación y de la suerte o desgracia de las negociaciones entre los representantes de los trabajadores y la entidad que corresponda.

¿Hay algo más impersonal y menos propio...? ¿Qué más da lo que el trabajador haga? Todo queda según la voluntad y/o actitud de cada persona, ya que el sistema solo diferencia por clases o categorías de trabajadores, no por su capacidad de resolución. Al final la culpa siempre es de la organización. Es decir, de nadie... igual a "todos felices"... y la casa sin terminar de barrerse...

Las personas nos movemos por intereses profesionales, económicos, personales/emocionales, etcétera. Hoy hay grandes expertos en sistemas relacionados con la motivación y la retribución/compensación. Creo que ya es momento de plantearse este asunto. Nuestro país tiene un tremendo problema de productividad. ¿Cuántos de nosotros sabemos nuestro nivel de productividad?, ¿cómo lo podemos medir?, ¿conocemos la evolución? La única solución es relacionar el trabajo con la medida de su resultado.

El principal recurso en sanidad es el humano. Creo que es hora de que, de una vez por todas y de una manera generalizada se plantee un sistema de retribución por competencias con tramo fijo y variable, con un sistema de seguimiento fácil y equitativo. Hay herramientas buenas, ágiles y disponibles.

(Somos experiencia)

Por la tecnología más avanzada,
la investigación más puntera,
los profesionales más competentes
y nuestra atención personalizada,
somos una excelente elección
para cuidar tu salud;
la diferencia entre lo bueno y lo excelente

**Somos HM Hospitales
y queremos ser tu salud**

Concertos
con todas las
sociedades
médicas

HM
UNIVERSITARIO
madrid
TIF: 91 447 66 00

HM
UNIVERSITARIO
montepríncipe
TIF: 91 708 99 00

HM
UNIVERSITARIO
torrelodones
TIF: 91 267 50 00

HM
UNIVERSITARIO
sanchinarro
TIF: 91 756 78 00

HM
NUEVO
belén
TIF: 91 744 41 00

CENTRO INTEGRAL
ONCOLÓGICO CLARA CAMPAL
ciocc
TIF: 902 107 469

Consultas: 902 08 98 00 Consultas Pediatría: 902 58 59 71

Empresa certificada



HM
HOSPITALES
Somos tu Salud
hmhospitales.com

Industria farmacéutica: la gran desconocida para la población



Ana Céspedes Montoya, directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química.

Todos cuantos trabajamos en el sector salud sabemos bien que la búsqueda de nuevas soluciones terapéuticas para el tratamiento de una enfermedad es un proceso largo, complejo, de alto riesgo, y que requiere una gran inversión económica. Traducido a cifras: 12-13 años, los científicos más cualificados, tan solo una de cada 10.000 moléculas e inversiones de 1,5 billones de euros.

Las compañías farmacéuticas nos dedicamos a eso: somos expertos en el desarrollo y por supuesto, comercialización de medicamentos. Nuestro aprendizaje sobre las bases moleculares de la enfermedad permite que, cada vez mejor, seamos capaces de acotar las subpoblaciones en las que nuestro medicamento es eficaz (medicina personalizada). Del mismo modo que la experiencia adquirida en las fases de desarrollo clínico contribuye a mejorar los instrumentos utilizados en el diagnóstico, técnicas más precisas permiten un abordaje temprano de la enfermedad. Enriquecemos el conocimiento de los medicamentos actualizando constantemente la información científica disponible. Colaboramos en la formación de los profesionales sanitarios en las nuevas técnicas, tecnologías y procedimientos. E incluso, y ahí vendrá gran parte del desarrollo en los próximos años, utilizamos las nuevas tecnologías para mejorar la adherencia al tratamiento (*eHealth*), uno de los grandes problemas de las enfermedades crónicas. Somos unos expertos, por tanto, en el tratamiento de la enfermedad, que trabajamos codo con codo con médicos, farmacéuticos, enfermeros y administración sanitaria, entre otros agentes, para mejorar la salud.

Pero, ¿es esto algo que la población general conoce?, ¿o quizás nos ven como meros “vendedores de medicamentos”? ¿Acaso el hecho de que tradicionalmente solo hayamos comunicado a inversores, y dentro del propio sector ha podido hacer que seamos unos desconocidos para el resto de la población? ¿es esto algo que deberíamos cambiar?

Alguien se podría preguntar qué importancia tiene que la población general nos conozca y por qué invertir recursos en ello. A mi juicio, en la medida en que la sociedad general siga desconociendo una gran parte de nuestra actividad no solo seguiremos estando en el ojo del huracán de todas las medidas

de reducción de gasto. Sino que, además, no seremos capaces de trasladar por completo todo el valor que podemos dar a la sociedad.

Los profesionales y la crisis económica



Felipe Chavida García, presidente de Idepro.

En el ámbito sanitario europeo existe gran preocupación sobre la repercusión de la crisis económica en el sector sanitario. Especialmente en lo relacionado con los sectores desfavorecidos de la población y los grupos de riesgo. Muchos piensan que los cambios necesarios que no pudieron conseguirse bajo circunstancias favorables no sucederán en tiempos de crisis, a los que se sumarán las

dificultades añadidas.

En nuestro ámbito, en los contactos que los gestores han tenido con los profesionales en los últimos meses, en relación con las medidas a tomar a causa de la crisis económica, y una vez explicadas ciertas medidas iniciales de fácil conclusión, añadían habitualmente alguna frase como: “Aunque esto que proponemos habría que hacerlo siempre, tanto en época de crisis como de bonanza”. Esta expresión nos da algunas pistas a los que la escuchamos. ¿Por qué no hacer “siempre” lo que sabemos que hay que hacer?

No solo los gerentes gestionan. Los profesionales realizamos “gestión clínica” en nuestras actividades habituales al usar los recursos que la sociedad, a través del servicio de salud correspondiente, pone a nuestra disposición para la atención de los ciudadanos. Y lo realizamos necesariamente, queramos o no, de forma más o menos adecuada.

En las últimas décadas se han difundido conceptos más explícitos sobre bioética que anteriormente permanecían algo difusos. Sin embargo, a pesar de que nos ha ayudado a incorporar determinados valores (ética) aún tenemos dificultad para concretarlos en nuestro comportamiento profesional cotidiano (deontología, moral profesional). En relación con esto podemos observar cómo los profesionales somos sensibles a los aspectos relacionados con nuestras acciones sobre los pacientes (principios de beneficencia y no maleficencia). Sin embargo, lo somos menos al reconocimiento de sus capacidades para la toma de decisiones (autonomía), y probablemente muy poco a los derechos de los demás ciudadanos cuando atendemos a un paciente concreto (justicia). Nos cuesta trabajo darnos cuenta del elevadísimo coste de oportunidad que implica no actuar conforme a los principios de gestión clínica citados y la cantidad de pacientes que podrían no tener

parte de sus necesidades cubiertas si usamos de forma inadecuada los recursos.

En relación con estos problemas de los profesionales y con los que ya conocemos de los gestores y los políticos podríamos decir, parafraseando, y sin intención de molestar a nadie: "¡Es la ética, estúpido!". Quizás esa es la cuestión.

Interoperabilidad entre sanidad pública y privada



Ricardo de Lorenzo y Montero, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

Trascurrido un cuarto de siglo desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, primera norma específicamente sanitaria aprobada tras la Constitución Española, es innegable que la situación sociosanitaria en nuestro país ha evolucionado notablemente, tanto desde el punto de vista cuantitativo (universalización del derecho a la asistencia sanitaria) como cualitativo (cartera de prestaciones sanitarias, derechos de los pacientes).

El *Informe Abril Martorell*, de junio de 1991, propuso una serie de reformas que incluían el fomento de modelos de colaboración entre los sectores público y privado formulando muchas recomendaciones en el ámbito sanitario que incluían reformas muy importantes, tanto organizativas como prestacionales, del sistema, algunas de las cuales –muy pocas– se plasmaron en la práctica convirtiéndose en iniciativas exitosas, como el modelo Alzira en la Comunidad Valenciana y otras –la mayoría– no tuvieron efectividad. Pero, tras la transferencia de las funciones y servicios del Insalud a las comunidades autónomas, en muchas de ellas (Cataluña, Andalucía, Valencia, Madrid...), se acometieron importantes reformas fundadas en las recomendaciones contenidas en el *Informe Abril*. Hoy la sanidad, así como la prestación en su futuro no se concibe exclusivamente pública. La interoperabilidad entre la sanidad pública y privada resulta, y será mayor en su futuro, imprescindible. No solo por dificultades de financiación pública, sino porque los medios públicos resultan insuficientes, como lo prueba el hecho de que se suscriban, en todo el territorio nacional, entre las administraciones públicas sanitarias y el sector sanitario privado, convenios de colaboración, contratos marco, conciertos singulares... en base a los cuales se instrumentaliza la atención a los pacientes remitidos por la sanidad pública a la privada para su atención y asistencia.

La eficiencia de colaborar social y económicamente



Enrique de Porres Ortiz de Urbina, consejero delegado de Asisa.

Decíamos en estas mismas páginas, hace ya un año, ante la previsible, por obligada, contracción de los presupuestos públicos y en la lógica de contribuir a la sostenibilidad del SNS, alineándolo con experiencias comunes en los países de la Unión Europea, que las aseguradoras sanitarias que operan en España, están dispuestas a colaborar con el SNS, disminuyendo sus costes operativos, asumiendo la responsabilidad de hacer lo que

ya hacen con el mutualismo administrativo, con nuevos grupos de población. Que los más de ocho millones de personas que tienen ya un seguro de salud, podrían transformarse en un colectivo dependiente en su totalidad de estas, mejorando la utilización de la red no pública hoy parcialmente infrautilizada, aumentando la eficiencia del conjunto sin merma en la calidad de las prestaciones, a cambio de una transferencia solo parcial de su coste presupuestario actual al sector asegurador. Que el compromiso y la disposición de aseguradoras y provisoros con larga experiencia de colaboración con el SNS son permanentes. Pero no ha habido, hasta ahora, voluntad política para analizar pros y contras. Mientras, la situación no hace más que empeorar. No parece que dilatar el análisis de estas posibilidades sea muy razonable.

Medicina individualizada, la mejor receta para el SNS



Jaime del Barrio Seoane, presidente del Instituto Roche.

Aunque la actual coyuntura económica invita al pesimismo y a la preocupación, su influencia en la asistencia sanitaria lejos de ser un problema debería reconocerse como una oportunidad. Sin duda, se trata de una oportunidad de cambio, de mejora, de innovación. A pesar de que el Sistema Nacional de Salud había adquirido en las últimas décadas un reconocimiento y una calidad loables, no es menos cierto que se habían detectado lagunas, déficits e ineficiencias.

En este contexto, la medicina individualizada responde a las exigencias que precisan los nuevos tiempos. No solo contamos con recursos tecnológicos, conocimientos y profesionales cada vez más preparados para hacer un abordaje más predictivo, preventivo, participativo y personalizado de las enfermedades, sino que esto se puede y se debe acompañar de modificaciones estructurales en

la organización de la investigación, docencia y asistencia sanitaria. Algunas instituciones pioneras están ya marcando la senda a seguir, con una apuesta clara y decidida por adaptar sus organizaciones a una asistencia guiada por el diagnóstico genético y molecular.

Empieza a ser factible conocer cada vez con más detalle las características genéticas de los pacientes y el perfil molecular de las enfermedades, actuando en consecuencia: de forma predictiva y no reactiva. Administrar a cada paciente el medicamento adecuado a la dosis correcta y en el momento justo ha dejado de ser una premisa para convertirse en una necesidad, en una nueva forma de hacer medicina que no solo es más eficaz y segura, sino también más eficiente.

Seamos responsables



Joaquín Estévez Lucas, presidente de la Sociedad Española de Directivos de Salud.

La crisis económica en la que estamos inmersos condiciona un grave problema de financiación de nuestro sistema sanitario, por lo que para afrontar su sostenibilidad futura es preciso un pacto de Estado, y la adopción de medidas que afectan a políticas (redefiniendo el papel del Ministerio y del Consejo Intergubernamental, actualizando financiación y cartera de servicios, flexibilizando las reglas de juego), a gestores (liderando las soluciones a la crisis, profesionalizando aún más nuestras actuaciones), a profesionales (mejorando productividad, evaluando resultados...) y a clientes-usuarios (participación activa, fomento del autocuidado, mayor educación para la salud).

Es un momento de gran responsabilidad de todos los agentes que estamos interesados en garantizar la sostenibilidad, equidad, calidad y bondad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Pública-privada: una gestión eficiente



Julio Fernández Llamazares, director corporativo de Comunicación de Capiro Sanidad.

En general, las empresas del sector ejercemos nuestra labor desde la convicción y con el compromiso de que es posible prestar una asistencia sanitaria de la mejor calidad.

¿Y qué es la mejor calidad? Pues, por decirlo de una forma sintética es la suma de tres factores: los mejores profesionales, los mejores servicios y la mejor tecnología.

Pero todo esto no sería nada si no partiéramos del axioma, que

nunca debe olvidarse, de que el sujeto de nuestros servicios es el ciudadano, todos y cada uno de los ciudadanos, y de que el derecho a la salud es el primero y más elemental de los derechos humanos.

Yo no soy un experto en todos los sistemas de gestión existentes. Pero llevo toda una vida profesional dedicado a la gestión de la salud, conozco algunos de ellos; la presencia de mi compañía en diversos países nos permite estar presentes en entornos que trabajan con sistemas distintos.

¿Y bien? ¿Hay alguna conclusión? ¿Hay algún modelo que *a priori* sea preferible o superior a otro? Sin duda: aquel que funcione mejor, aquel que demuestre, en cada caso y en cada circunstancia, que es el más equitativo, el más eficiente y el más sostenible; aquel, en definitiva, que proporcione mayor calidad.

Porque, en lo que todos estamos de acuerdo, es en que la asistencia sanitaria es un derecho universal. La cuestión es si, hoy por hoy, los poderes públicos pueden, ellos solos, hacer frente al mandato constitucional que desarrolla este derecho. La cuestión es si, ante la cada vez mayor demanda y complejidad de los servicios sanitarios, no tiene sentido que empresas privadas especializadas colaborem con los poderes públicos en afrontar sus compromisos.

Yo soy, desde luego, un firme convencido de que esta colaboración es una potente palanca para gestionar la sanidad.

2012: RIP a Europa ¡por fin!



José Fernández-Vigo López, catedrático de Oftalmología de la Universidad de Extremadura.

Por fin se muere Europa. La Europa de la superficialidad, de la frivolidad, de la cultura del maná (Juan Roig *dixit*) desaparece. Teníamos los mejores equipos de fútbol, los modistos más sofisticados, los coches más bellos y veloces, los más exquisitos cocineros, los mejores barcos, ¿éramos ricos?.

Los oftalmólogos con actividad privada fuimos incapaces de seguir el ritmo de una medicina pública caracterizada por el "todo gratis y en abundancia", sin gestión, sin competencia posible. No podíamos superarlos, la gratuidad frente a la profesionalidad excelente, lo único en lo que podíamos batirlos. La sanidad pública inyectaba todos los antiangiogénicos posibles, a mil euros el vial (mínimo tres viales por cada ojo), implantaban lentes intraoculares multifocales (a 800 euros la unidad frente a los 80 euros de una monofocal) incluso a los que no sabían leer. Un gasto sin sentido, sin control.

Mientras no quiebre el sistema no hay regeneración posible, escribía John Muller. Y por fin se cierra el ci-

clo. Por fin dejaremos la agonía. Por fin recobramos la esperanza. Por fin puede haber catarsis. Por fin volverá la cultura del esfuerzo.

La partitocracia (los partidos profesionalizados como forma de ganarse la vida), la sindicatocracia (los agresivos sindicatos defensores de sus abusivos derechos), la bancocracia (los bancos como prioridad absoluta del sistema), la burocracia (los funcionarios con funciones inútiles), esos organismos parásitos (locales, provinciales, autonómicos, estatales, europeos, internacionales, incluidas algunas ONG'S) han acabado con la filosofía de la superación como forma de vida y con los verdaderos trabajadores. Han conseguido que las brillantes democracias, arruinadas por su ineptitud, tengan que mendigar a los oscuros dictadores y a las democracias imperfectas su dinero e inversión. Depositamos nuestra confianza en un sistema que trabajó para crearse su propio nicho y para hacernos creer que eran imprescindibles. Pero sus excesos nos llevaron a reaccionar ante el sangrado. Y ahora, por fin, el sistema se muere.

¿Renacerá esta vez el ave Fénix europeo? Sí, pero solo cuando oigamos decir a los parásitos: "menos derechos y más obligaciones" (Isak Andic).

Medicina del Trabajo y salud: futuro incierto



Francisco Vicente Fornés Ubeda, presidente de la SEMST.

La crisis económica que estamos atravesando, que hace dos años pensábamos desde la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) que era coyuntural, parece que va a tener mayor duración de la deseada, esta crisis ha producido una disminución importante en los beneficios empresariales, que se traduce en una disminución de las aportaciones empresariales y de los trabajadores a la seguridad social,

lo cual, unido al desempleo creciente y el consiguiente incremento de los gastos sociales, hace que la Administración disponga de menos recursos económicos. Todo ello puede dar lugar a que los sectores económicos y políticos quieran ahorrar a costa de los trabajadores y los ciudadanos en general, pero sobre todo a costa de su salud, disminuyendo las prestaciones y las exigencias y el control, en lo que respecta a los trabajadores, para el cumplimiento de la legislación en materia de prevención de riesgos laborales.

Hace muy poco hemos visto publicarse el Real Decreto por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas para la autorización y seguimiento de la actividad sanitaria de los servicios

de prevención (843/2011), que presenta varios puntos que nos parecen totalmente regresivos para la actividad sanitaria, para los trabajadores y para los profesionales y así lo hemos manifestado en múltiples ocasiones, esto solo redundará en una disminución de la calidad, de la prevención y de la promoción de la salud. También está debatiéndose el Decreto de Troncalidad, que aunque tiene aspectos muy positivos, desde la SEMST discrepamos en otros, como en la forma de acceso a las especialidades y en los tiempos y tipos de rotaciones.

En fin, futuro complicado para la sanidad en general y para la Medicina del Trabajo y la prevención de riesgos laborales en particular, pero en el que desde la SEMST vamos a trabajar con toda la intensidad que podamos, para mejorar estas oscuras perspectivas.

Sanidad, como mínimo, para 25 años más



Antoni M. Fuster Miró, gerente de la Unión Balear de Entidades Sanitarias.

Las crisis económicas suelen llevar parejos cambios o reconversiones en el entramado de producción de un país. En España, estamos acostumbrados; están en nuestra memoria las reconversiones del sector siderúrgico y naval por no hablar del sector textil en los años 70 y 80. Estas hicieron que cambiara completamente nuestro panorama desembocando en nuevos modelos productivos. Si hablamos de sanidad, de sanidad

como sector, el término adecuado a utilizar no es el de reconvertir sino más bien el de reinventar o tal vez re-dimensionar. Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad, la cual ha cumplido ya los 25 años, muchos han sido los instrumentos y modelos para la gestión que han aparecido con el firme propósito de garantizar los principios de universalidad y equidad como pilares fundamentales en los que sustentar el modelo de atención sanitaria española. Hemos asistido, paralelamente, a una etapa expansiva de crecimiento del gasto sanitario, creación y modernización de infraestructuras e implantación de tecnologías con financiación pública jamás anteriormente vivida. Ello ha supuesto, al final de esta etapa, un riesgo para la solvencia o continuidad del sistema tal como fue concebido. No carece pues de lógica que ante un escenario de profunda crisis económica, calificada por muchos como la más grave sufrida en todos los tiempos, se deba abordar, en todo su alcance, la reinención de nuestro sistema sanitario. Abordaje, con un nuevo dimensionamiento que permita seguir garantizando los principios de universalidad y equidad. Dejémonos, por tanto ya, de debates estériles, partidistas y llenos de sinsentidos. Concentremos es-

fuerzos, todos los implicados, gobierno central, gobiernos autonómicos, empresas sanitarias, sindicatos, profesionales y sociedad en general, para iniciar un camino común que, con imaginación, con dosis de pragmatismo, sentido de responsabilidad y, sobre todo, sentido de Estado, tenga como meta poder seguir manteniendo y disfrutando de un sistema sanitario moderno y eficaz, como mínimo, otros 25 años más.

¿Es la hora de las unidades de cuidados intermedios?



Abelardo García de Lorenzo y Mateos, jefe clínico Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Cualquier situación en la que la demanda de un recurso aumenta en el contexto de una oferta limitada inevitablemente lleva a la crisis. En el entorno sanitario actual, tan controlado por los costes, los recursos en la medicina intensiva permanecen limitados mientras la demanda de los mismos aumenta año a año. En el inconsciente sanitario colectivo existe la idea de que, con mucha frecuencia, se deniega el ingreso en las UCIs a pacientes que lo requieren. En el inconsciente

colectivo de los intensivistas existe la idea de funcionar siempre al límite de los recursos. La respuesta a esta crisis de camas en los servicios de medicina intensiva se ha abordado desde distintas ópticas. Parece que desde la óptica eminentemente médica poco más se puede hacer en este sentido. Esta ausencia de disponibilidad de camas ha aumentado el interés por las unidades de cuidados intermedios como un puente entre el nivel de asistencia entre las propias UCIs y las unidades de hospitalización convencional. Las unidades de cuidados intermedios, monográficas o no, pueden funcionar como servicios “un peldaño por encima” o “un peldaño por debajo” de las unidades de hospitalización convencional o de las UCIs.

Sanidad en la encrucijada



José Antonio Gutiérrez Fuentes, director de la Fundación Lilly.

El gasto sanitario crece más rápidamente que la economía. Siempre ha sido así, si bien en España se ha ido sujetando sobre todo a través de la contención del capítulo I (fundamentalmente los salarios de los profesionales) y haciendo gestos reiterados sobre el gasto farmacéutico. Pero tener a nuestros profesionales entre los peor retribuidos de Europa tiene consecuencias, como la actual huida

de médicos preparados y su escasa implicación en la mejora de la gestión del sistema.

Nuestros indicadores de salud son envidiables a pesar de disponer de un gasto sanitario de los más bajos en nuestro entorno. Este hecho, a su vez, suscita numerosas interrogantes sobre los porqués. La sanidad representa un nueve por ciento del PIB (solo el siete por ciento es gasto público) y en la actual situación nos obliga a tomar decisiones de gran calado sobre su sostenibilidad. Pero, en esto de la salud no todo son números y cifras habiendo otras variables, poco y mal valoradas, como las que tienen que ver con los hábitos de vida o la idiosincrasia de las poblaciones u otras aun más sofisticadas como la etnia o la genética.

La reforma estructural del sistema sanitario es inevitable, pero debe serlo desde el conocimiento profundo del mismo y con la firme decisión de hacerlo. Habrá que explicarlo muy bien. Sobre todo a los profesionales. Es una tarea de todos (políticos, academias, colegios profesionales, medios de comunicación...) alertar sobre los problemas que tiene el sistema sanitario y crear un ambiente propicio para la discusión racional sobre las reformas necesarias. Deberá determinarse un catálogo de mínimos en las prestaciones y valorar una contribución progresiva de los usuarios para según qué prestaciones o servicios. Ciertamente, esto último es algo que ya se ha acometido en la mayoría de los países de nuestro entorno.

Es un reto rediseñar los sistemas teniendo como objetivo prioritario la atención a los crónicos, principal capítulo de gasto. Se trata, entre otras, de lograr menores estancias hospitalarias, mayor atención domiciliaria, mejor utilización de las prestaciones diagnósticas y terapéuticas, con criterios científicos a través de agencias de evaluación sólidas y prestigeadas.

Para lograr los objetivos planteados, es crítico reconocer en los médicos (los primero que deberemos asumirlo somos nosotros mismos) *la figura central* del sistema sanitario. Es ese el papel del que deberemos responsabilizarnos, al servicio del paciente que es el objeto central del sistema. En España, del Sistema Nacional de Salud.

Es el momento de adaptarse al entorno



Abraham Herrera Lima, consultor.

El año 2011 comenzó recordándonos que seguíamos en crisis y terminó convenciéndonos de que va a ser necesario mucho más que recortar y reestructurar para salir de ella. Las empresas proveedoras del sistema nacional de salud, tanto industria farmacéutica, como de tecnología sanitaria o de tecnologías de la información, sufrieron un importante impacto en sus cuentas de resultados durante el

PHILIPS

sense and simplicity

Innovación tecnológica al servicio de la Atención Sanitaria

Philips trata de simplificar el cuidado de la salud mediante la combinación de su experiencia clínica única y su perspectiva humana y el desarrollo de innovaciones sanitarias desde la prevención hasta el cribado y el diagnóstico pasando por el tratamiento, la monitorización y la gestión de la salud. Todo ello con el objetivo de dar respuesta a los principales problemas de salud que afrontamos hoy, como la insuficiencia cardiaca, el cáncer de pulmón o de mama o la cardiopatía isquémica.



Tecnología avanzada, eficiente y centrada en el paciente

Usando la perspectiva de ciclo asistencial, Philips identifica cómo pueden sus productos y servicios contribuir de manera óptima a mejorar los resultados de salud de los pacientes al menor coste y con la mayor eficiencia. Innova en **imagen médica**, con sistemas disruptivos, **a la vez que mantiene la seguridad del paciente** y el profesional con sistemas y dispositivos de gestión de las dosis radiológicas; innova en **monitorización** con sistemas sin cables en el hospital o de telemedicina que permitan al paciente cuidarse desde el hogar. Innova en **cirugía mínimamente invasiva guiada por imagen**, y en **sistemas de información clínica**, ayudando a gestionar los procesos asistenciales con mayor eficiencia.

Compromiso con la investigación en España

Philips ha desarrollado acuerdos de socio tecnológico con centros como el **Hospital de Sant Pau i la Santa Creu**, el **Hospital La Fe de Valencia** o el **Centro Nacional de Investigación Cardiovascular**, a los que se dota de la tecnología más avanzada de manera sostenible y adaptada a sus necesidades a lo largo del tiempo, además de iniciar acuerdos de investigación en patologías como la cardiovascular, el Alzheimer o la demencia.

Aliados en la sostenibilidad del sistema sanitario

Además de proporcionar tecnología que genere eficiencias y reducción de costes, Philips ofrece soluciones de financiación adecuada a cada proveedor sanitario o participar en colaboraciones público-privadas que den respuesta de forma integral a las necesidades asistenciales de manera asequible.

pasado año, del mismo modo que los gestores sanitarios han tenido que hacer frente a un difícil equilibrio de escasez de liquidez, creciente demanda de asistencia sanitaria y recortes presupuestarios.

Este ambiente exige a las empresas proveedoras dirigir sus recursos de la forma más eficiente posible, no ya solo en el posicionamiento de su cartera de productos, sino en la forma de aproximarse a sus interlocutores. Es preciso entender lo mejor posible aquello que profesionales y gestores sanitarios necesitan, los problemas a los que se enfrentan, y tratar de adaptar las propuestas de valor, bien sea en productos o servicios, para que repercutan de manera efectiva (y eficiente) en la mejora de las necesidades de gestores y profesionales sanitarios. De nada valen los anteriores modelos de relación cuando las reglas del juego están cambiando (o han cambiado ya).

El Sistema Nacional de Salud y los que de manera directa o indirecta colaboran en él: industria, profesionales sanitarios, farmacéuticos, gestores, etcétera necesitan encontrar vías de colaboración que vayan mucho más allá de la prestación de servicios. La creación de estrategias conjuntas tratando de maximizar lo que cada actor puede ofrecer al resto de la cadena es la diferencia que nos hará pasar de un buen sistema a un sistema excelente, incluso en un entorno difícil como el actual. La base para conseguirlo está en compartir y explotar el conocimiento mutuo: dar el salto de la enorme cantidad de información existente al conocimiento a través de la formación y de plataformas que ayuden a sintetizar esa información, y, a partir de ahí, aplicar ese conocimiento a la creación de dichas mejoras y la puesta en marcha de alianzas estratégicas. Por otra parte, hay que evitar caer en el riesgo de incrementar el conocimiento de las necesidades de los interlocutores sin una aplicación práctica posterior. El conocimiento *per se* no aporta valor. Ser competitivos en época de crisis pasa por innovar, y esto no es sencillo, requiere audacia para salir de la zona de comodidad y, qué duda cabe, acierto.

Del obituario a la desesperanza



Gabriel Herrero Beaumont, jefe del Servicio de Reumatología de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Hace pocos meses murió el Dr. Fernández del Vallado, alumno de Don Carlos Jiménez Díaz y mi maestro en la reumatología. El obituario que escribí en su memoria fue un canto a su persona a la par que al progreso vivido conjuntamente. Progreso social, personal, científico y médico. La escritura del texto me produjo un profundo bienestar, al tiempo que un enorme agradecimiento tanto hacia su figura, como al

maravilloso periodo vivido en las últimas cuatro décadas. Época plena de actividad, de conocimiento y de ilusión por el desarrollo de una nueva medicina, eso sí, cimentada en las profundas y centenarias raíces de nuestra profesión.

El contraste con el presente y el futuro inmediato que se avecina es realmente inquietante. No solo se trata de trabajar más y de ganar menos, lo cual es comprensible en una crisis como la que estamos viviendo. Se avecina un cambio mucho más profundo. La profesión médica está sufriendo una transformación drástica, que en el campo de la reumatología no será diferente.

Nuestro estar en los hospitales y los centros de salud y la relación con los enfermos es diferente a lo que era. El fomento de la investigación parece que va a desaparecer. La autonomía en la prescripción farmacológica, también. Mis perspectivas de futuro son sombrías. Sólo una aproximación de la sociedad española a la cultura médica de la Europa desarrollada podría mejorarlas.

El año que vivimos peligrosamente



Alvaro Hidalgo Vega, director del Seminario de Investigación en Economía de la Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha.

El año 2011 se ha convertido para el SNS en el año de la viabilidad, dejando para el futuro los problemas de sostenibilidad. La reducción de los ingresos fiscales se ha traducido en caídas del gasto que han obligado a los gobiernos regionales a preocuparse por la tesorería más que por la racionalización y la planificación. En el año 2011 se ha reducido el gasto sanitario un 3,90 por ciento cuando hace solo cuatro años crecía al 7,99 por ciento.

Esta disminución del gasto sanitario de las comunidades autónomas y el aumento de la población protegida ha supuesto volver a niveles de 2007 en cuanto a gasto por persona protegida, 1.273 euros por personas protegida, un 4,24 por ciento menos que en 2010.

Por ello, el objetivo prioritario ha sido la reducción del gasto, a cualquier precio, con efectos a corto plazo y sin mucho estudio de resultados ni sobre la eficiencia ni sobre la salud de la población. Por este motivo, creo que es necesario un cierto sosiego en 2012 para introducir en el SNS medidas correctoras a largo plazo, que tenga en cuenta la eficiencia de las tecnologías que financiamos y sus efectos sobre la salud.

Presente y futuro de la sanidad en España



Héctor Jausás Farré, socio director de Jausás Abogados.

Las medidas de choque frente a la crisis están alcanzando al corazón del mundo sanitario y farmacéutico. Los proveedores de medicamentos y productos sanitarios ven como se adoptan baterías de medidas, a nivel estatal y autonómico, que erosionan de forma tan dramática como impredecible sus márgenes comerciales; el recorte presupuestario, los impagos por parte de los hospitales y de las

consejerías de sanidad, los despidos, recortes en programas de investigación, cierres por parte de oficinas de farmacia, etcétera son de plena actualidad, y el sentir general es que esto no ha hecho más que empezar.

Ante este preocupante panorama, el nuevo Gobierno se encuentra en la difícil situación de realizar cambios estructurales en el sistema (medidas que la industria ya viene demandando desde hace algún tiempo) proporcionando al sector farmacéutico la estabilidad necesaria a largo plazo para seguir avanzando, y asegurar la viabilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud. ¿Será el copago una de estas medidas? ¿Fomentarán el desarrollo de I+D? ¿Tendremos, finalmente, la estabilidad legislativa demandada y los desarrollos de distribución, márgenes de productos sanitarios, trazabilidad,...? Esperemos que sí. La sanidad española, y sus agentes, pueden soportar medidas destinadas a contener el gasto farmacéutico y sanitario, a condición de que se incardinan dentro de un plan preconcebido; lo que difícilmente va a soportar es la actual inseguridad jurídica unida a las ausencias de un plan que permita ver la luz al final del túnel. El principal reto de la sanidad española, pues, es el de recuperar la confianza en la sostenibilidad del sistema.

La 'austerización' de la sanidad



Albert Jovell Fernández, presidente del Foro Español de Pacientes.

El escritor neoyorquino Paul Auster introduce en casi todas las novelas el azar como un elemento fundamental de la trama. Desde la perspectiva del paciente medio, es decir el que carece de privilegios de acceso, es el azar el que define su trayectoria vital en el SNS. Así, los depende de dónde vives, a quién conoces, quién es tu médico, cuáles son tus medios económicos, qué competencias en

salud has adquirido, cuándo se celebran las elecciones autonómicas o las generales se han convertido, entre otros, en los factores de riesgo para tener una atención sanitaria basada en la dignidad y en la calidad.

La sanidad compite con el desafuero de los mercados financieros, los polideportivos vacíos que tienen marcador electrónico, los teatros sin programación, la Fórmula 1, los trajes y los bolsos. Los mismos políticos que asistieron complacientes y encantados a la lujuria especulativa desfilando como avestruces en el zoológico financiero lanzan ahora soberbias proclamas de austeridad desde las cómodas posiciones del poder, mientras otros ya descabalgados del mismo han descubierto que eran socialdemócratas.

Detrás de tanto foco mediático ha desaparecido por completo, si es que alguna vez ha existido en los últimos 30 años, un discurso que promueva la ilusión, favorezca la cohesión social y dé significado a cosas tan valiosas como es el hecho de haber construido y tener que mantener un sistema sanitario de los mejores del mundo, seguramente el mejor en equidad de acceso. Si de algo debemos sentirnos orgullosos es de la sanidad que tenemos. Al discurso de pensamiento único de la sanidad como gasto se debe contraponer aquel que sostiene que la sanidad crea valor y competitividad. Este último discurso aún es minoritario, pero cuando las políticas de austeridad crucen los límites de la dignidad humana la presión social promoverá un orden social democrático en el que la política se centrará en los problemas de la ciudadanía y no en los de los especuladores.

Mientras tanto, no nos quedará otra alternativa que fiarlo todo al azar de la prima de riesgo, de los prejuicios centroeuropeos y de la inmensa nadería intelectual que nos embarga. Y si las cosas no salen bien nos pondrán al mando a algún extrabajador del "Hombre del Saco de Oro" o de la agencia "Pobres Estándares". Así fue como la democracia murió en Atenas en el 2011. La vida como en una novela de Paul Auster.

Frente a la crisis, más Primaria



José Manuel López Abuín, director del Instituto de Salud Rural (La Coruña).

Levamos ya más de 15 años ahondando la brecha entre la inversión en Atención Primaria y especializada. Qué felices y entusiasmados se mostraban algunos con la supuesta reforma-potenciación de la Primaria. Ilusos ellos.

Pensamos que, ya que estamos en tiempos difíciles, no estaría de más que alguna cabeza pensante de entre los responsables del sistema sanitario (y eso deberían ser:

responsables, y no meras autoridades) se incline por invertir en el nivel que ha demostrado ser más eficiente y por medio del cual se logran mejores resultados en salud, y que no es más que el de la Atención Primaria.

A nivel de gestión de recursos, nuestro perfil cada vez se va pareciendo más al de los países “pobres” de la Unión Europea: escaso gasto sanitario no farmacéutico, poco gasto público en salud, ínfima contribución directa del usuario... El único presupuesto de categoría “europea” es, cada vez más, el correspondiente al medio hospitalario y la cenicienta: la Primaria. Con este cambio de gobierno (y de responsables), ¿podremos cancelar las campanadas a las 12?: ¡va por ustedes!

Tiempos difíciles



Diego López Llorente, presidente de Club Médico.

Disfrutamos de una sanidad de cuatro estrellas que tiene un costo de cinco estrellas, y es posible que a partir de la crisis solo tengamos para pagar una de dos estrellas, pero sanidad tendremos.

Tengo la impresión de que la mayoría de la gente se niega a admitir la gravedad de la situación. Creen que se trata de una gripe pasajera que con unas aspirinas, un caldito y tres días de cama, se pasará. Cuando un gobernante tenga la valentía de anunciar lo de “sangre, sudor y lágrimas”, se echarán a la calle y para ayudar harán otra huelga diciendo que quieren vivir mejor, trabajar menos, ganar más y volver al estado de bienestar al que tienen derecho, según les dijo otro presidente. Negarse al tratamiento es más fácil y menos cansado que sacrificarse, trabajar y todos juntos dar el impulso para salir a flote.

Lo más importante que tiene este país es su sistema sanitario. Lo hemos conseguido con mucho esfuerzo, dedicación, entusiasmo y gasto. Cuando haya que reducir el gasto, es decir, ahora, nos queda la posibilidad de aumentar proporcionalmente los otros componentes para que se quede como está o no se noten mucho los recortes.

Si seguimos sobrepasando los presupuestos y dejamos pendientes de pago a los proveedores, llegará, si no ha llegado ya, el momento en que estos digan basta y habrá que reducir el gasto o pedir más dinero, que no lo habrá.

Esta crisis, que será larga, nos enseñará a vivir de acuerdo con nuestras posibilidades, olvidando que todo se arregla pidiendo préstamos que luego duele pagar.

Trabajar más, ganar menos y hacerlo mejor sería la solución, o aumentar los impuestos para llegar a la sostenibilidad. Pero si tenemos cinco millones de parados ¿quién va a producir y a pagar más impuestos?

Hay que aplicar medidas a corto y medio plazo para hacer lo más que se pueda con lo que tenemos y optimizar los recursos.

Digamos que “se acabó la fiesta” y a poner el hombro, que no solo hemos gastado lo que teníamos sino que hasta hemos pedido prestado de lo que ganarán nuestro hijos.

¿La RSC es 'marketing' o una realidad?



Manuel Martín Cortés, consultor independiente.

Se ha dicho que la sociedad y los mercados necesitan valorar y premiar cada día más una gestión transparente y responsable de las empresas, pero lo difícil es saber cómo se puede medir esto.

Dentro de la industria farmacéutica, en mi opinión, creo que es más *marketing* e imagen corporativa que una realidad. Si no, ¿por qué este área depende del departamento de *marketing* en algunas empresas, o de los departamentos de comunicación

y relaciones institucionales en otras y no está, de manera transversal, en todos los departamentos de la empresa y fuertemente apoyada por la dirección general?

Uno de los soportes más importantes de la responsabilidad social corporativa (RSC) es la de aportar beneficio a la sociedad, y qué más importante en tiempos de crisis que crear o por lo menos mantener los puestos de trabajo, por lo que no se entiende muy bien que grandes empresas propongan grandes ERES y además que estos se autoricen en empresas que siguen teniendo unos grandes beneficios. Muchas de estas empresas dicen trabajar en el ámbito de la RSC.

En mi opinión para que la RSC en la industria farmacéutica sea una realidad, deberá tener otra orientación, con iniciativas reales, concretas y medibles, y con una comunicación transparente y honesta.

Del despilfarro al ahorro



Santiago Martínez-Fornés Hernández, académico de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Llevamos diez años de despilfarro –una de las muchísimas palabras con las que Cataluña ha enriquecido el idioma español–, alentado por la política del Gobierno y los medios financieros. Ahora toca ahorrar –palabra de origen árabe– que significa libertad, rescate. Sanidad y educación deben quedar al margen de las reducciones presupuestarias, porque cada

euro destinado a estos ámbitos revierte cinco al erario público.

Por eso, si no administramos mejor la sanidad pública –acaso la mejor del mundo– se hará insostenible.

Podríamos ahorrar en el consumo de medicinas rogando a cada paciente –especialmente geriátrico– que lleve a la consulta una lista con los fármacos que consume diariamente. Sorprende que no pocos toman hasta veinte productos diarios, recetados por distintos especialistas a los que olvidó referir toda la medicación que está tomando. Otro de los muchos capítulos sería recordar que las distintas formas de neurosis tienen un claro perfil clínico que permite diagnosticarlas sin hacer un exhaustivo *dossier* –y por tanto carísimo–, repetido a veces en varios centros. La mayoría de las veces basta con una buena historia clínica y algún dato habitual de laboratorio o ayuda por imagen.

En definitiva, hay que gastar más en Medicina y menos en medicinas. Insistir en la medicina preventiva. Estoy seguro de que cualquier colega que medite sobre el tema encontrará otros capítulos para ahorrar sin disminuir la calidad de la asistencia.

Gestionar la escasez



Rafael Matesanz Acedos, director de la Organización Nacional de Trasplantes.

Los españoles tienen la mayor oportunidad del mundo de recibir un trasplante desde hace ya veinte años, sin discriminación ni desembolso adicional alguno aparte de sus impuestos. Sin embargo, no son más que una parte del sistema, quizás más visible y mejor gestionada, pero hecha por los mismos profesionales y en los mismos centros que otras intervenciones médicas o quirúrgicas. El

modelo español de trasplantes no se entendería sin un sistema sanitario público como el nuestro.

Pero la crisis está aquí con toda su crudeza y para todos, y el problema es que los recursos disponibles no dan para todo. Tan irresponsable sería un descenso indiscriminado de todos los presupuestos y partidas en el porcentaje que toque, como un “aquí no pasa nada” porque es evidente que sí pasa.

Conservar lo mucho y bueno que hemos construido, gestionar la escasez de manera adecuada y con conocimiento de causa, separando lo esencial de lo accesorio y, sobre todo, proteger a los más débiles deben ser las prioridades en las que todos debemos estar implicados.

La farmacia y el beneficio social



Teresa Millán Rusillo, directora de Relaciones Institucionales de Lilly.

En el año 2011, el sector farmacéutico ha sufrido las duras consecuencias de la crisis agravadas por medidas de política farmacéutica adoptadas, tanto por el gobierno como por las comunidades autónomas, y que, con el fin de contener el gasto farmacéutico, están trayendo consigo la destrucción de empleo y la disminución de la inversión en I+D.

Estas empresas, tradicionalmente generadoras de conocimiento y de riqueza en nuestro país, han sido enormemente castigadas con estos recortes y, sin embargo, la opinión pública no parece percibir la dura situación por la que atraviesan. La investigación desarrollada por las compañías farmacéuticas proporciona importantes beneficios a la sociedad. De hecho, el sector privado es el único que puede llevar a cabo el importante esfuerzo económico que supone la inversión necesaria para la búsqueda de nuevos fármacos, y esta inversión ha de tener un cierto retorno para poder seguir investigando.

¿Podemos poner en riesgo el futuro de esta actividad que tantos beneficios ha aportado a la esperanza y calidad de vida de nuestros ciudadanos? Quizás esta es la pregunta que debemos hacernos todos, y en especial quienes toman decisiones en política farmacéutica para definir la estrategia a seguir en los próximos años.

Obesidad, un problema creciente



Basilio Moreno Esteban, presidente de la Fundación SEEDO.

La obesidad es una epidemia global: mil millones de adultos tienen sobrepeso y más de 300 millones son obesos. La epidemiología de la obesidad ha sido estudiada en España desde diferentes prismas: Así tenemos datos sobre el consenso SEEDO 2000, las diferentes Encuestas Nacionales de Sanidad, los estudios Enkid, Drece, Dorica, etcétera que señalamos en la Estrategia Naos (2005) y en el Consenso SEEDO 2007. En ellos se obser-

vaba que un 15 por ciento de la población adulta tenía sobrepeso y un 38,5 por ciento, obesidad.

Sin embargo, sabemos que en los últimos años estas cifras habían aumentado y disponemos desde hace muy poco tiempo (octubre del 2011) del estudio de Enrica dirigido por F. Rodríguez Artalejo (Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid)

en el cual se ha encontrado un 22,9 por ciento de obesidad y un 39,4 de sobrepeso en las edades medias de la vida, lo que contribuye a un incremento de la epidemia de obesidad, por lo que es necesario mejorar la estructura y contenido sanitario para el control de peso y esto debe ser a través del continuo desarrollo de la estrategia NAOS, ya que NAOS somos todos.

¿Para cuando el desarrollo de la LOPS?



Alfonso Moreno González, presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

Ocho años después de su publicación en 2003, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) adolece del desarrollo de algunos de sus aspectos importantes.

Uno de ellos es el Título II que se refiere a la formación de los profesionales sanitarios. Durante los últimos cuatro años, y desde el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, se ha venido trabajando en la definición y requisitos de lo que podría tener relevancia en la formación troncal de algunas especialidades

sanitarias como recoge el artículo 19 de esa Ley. Esos trabajos sirvieron de base para la elaboración de un proyecto de Real Decreto que todavía no ha conseguido ver la luz de su publicación, por lo que en estos inicios del año 2012 estamos todavía sin tener una norma legal que señale el nuevo camino de formación de especialistas sanitarios.

Otro tanto podría decirse del capítulo IV de la LOPS que se refiere a la formación continuada como necesidad de actualizar y mejorar los conocimientos del profesional ante la evolución científica y tecnológica, así como de las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario, y en donde tiene mucho que decir la, todavía no constituida, Comisión de Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios a la que la LOPS otorga un importante papel en la armonización y coordinación de todas las actuaciones a desarrollar en ese campo.

Doble estreno



Regina Múzquiz Vicente-Arche, directora de Relaciones Institucionales de PharmaMar.

Sí, estamos de estrenos. Además de inaugurar un nuevo año, estrenamos un nuevo Gobierno para España. El año tiene más de 365 días por delante, 2012 es año bisiesto, y el Gobierno una ardua tarea para cuadrar las cuentas públicas, vencer al desempleo y devolver la ilusión y la esperanza de un futuro mejor a los ciudadanos. Entre los temas candentes, tan importantes como urgentes, está el destino de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Durante la campaña electoral han corrido ríos de tinta y mares de palabras sobre este pilar de nuestro estado de bienestar, que actualmente consume una nada desdeñable cantidad de recursos, entre el 30 y el 40 por ciento de los presupuestos de las comunidades autónomas.

Pero la ilusión del cambio no debería hacernos olvidar las bondades de nuestro sistema sanitario, que son muchas. El verdadero desafío será, por tanto, discernir entre lo que funciona y lo que no y realizar reformas, exclusivamente, en las áreas que las precisan.

Entre las primeras se encuentran mantener y reforzar:

- El nivel de gasto sanitario público, un seis por ciento del PIB, por debajo de la media de los países de la UE.
- La excelencia en la formación y profesionalidad de nuestros sanitarios.
- La dotación de equipamiento y tecnologías disponibles, tanto de diagnóstico como de tratamiento, incluidos los medicamentos.
- El nivel investigador y de docencia de instituciones y profesionales.
- La calidad del SNS, tanto la percibida por los pacientes como la valorada por organismos externos como la OMS.

Entre las segundas:

- Luchar contra el absentismo laboral en el sector sanitario.
- Racionalizar, que no recortar, los recursos y dispositivos asistenciales tanto intra como interterritorial.
- Cohesionar y liderar el SNS, legislando lo básico y coordinando a las comunidades.
- Fomentar, reconocer y recompensar la investigación y la innovación coste/efectivas.
- Centrar la organización y las actuaciones del sistema en las necesidades reales de los pacientes.

Solo nos cabe desear mucho éxito y muchos aciertos a los nuevos responsables del Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, para superar este gran reto que ahora afrontan.

Modelos de precios innovadores



Silvia Ondategui Parra, directora de la Unidad de Salud y Farmacia de Ernst & Young.

La sostenibilidad del sistema sanitario se ha convertido en un asunto de máxima actualidad por el reto que supone para diferentes países y, en particular, para España. En el actual contexto de restricciones presupuestarias, el sistema sanitario busca eficiencias en la introducción de medicamentos y tecnologías que mejoren los resultados en la salud de los ciudadanos. Para ello, los sistemas sanitarios están evolucionando

Tu **SALUD** se merece todas las **RESPUESTAS**



Lilly es una compañía innovadora y basada en la investigación.

- > Cuenta con un centro de I+D, pionero en nuestro país, que investiga en química médica y biología.
- > Reinvierte el 20% de su facturación en I+D.
- > Calificada como "Excelente" en el Plan Profarma.



Lilly

para introducir la medición de resultados y la evaluación de la práctica clínica como medidas fundamentales de calidad del servicio sanitario. Cataluña es la comunidad pionera en este aspecto con la Central de Resultados.

Esta evolución está permitiendo la introducción de nuevos modelos de colaboración entre actores públicos y privados basados en la medición del resultado, que buscan mantener la calidad de la prestación sanitaria optimizando la utilización de recursos. En particular, en el entorno farmacéutico se está desarrollando el interés por ambas partes de pasar de un modelo cliente-proveedor a uno más colaborativo, evaluando modelos de riesgo compartido. Países como Reino Unido, Italia, Estados Unidos y Australia son pioneros en este sentido y en España se están lanzando iniciativas piloto, especialmente en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada y el Instituto Catalán de Oncología que han firmado acuerdos de riesgo compartido basados en resultados sanitarios.

La importancia de la formación



Santiago Palacios Gil-Antuñano, director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer.

En este año todo el mundo habla de la crisis y nosotros, los ginecólogos, no hemos sido menos. Por eso, uno de los temas que más nos preocupa es quién va a financiar la formación continuada. Por otra parte, estamos avanzando en las predicciones de riesgo genético de diversas enfermedades, como pueden ser el cáncer de mama o la osteoporosis.

Todos sabemos que para ser un buen médico debemos estar continuamente informándonos y formándonos. Hace años podía suceder que un médico recién graduado pasara el resto de su vida sin volver a formarse. En los últimos años, el sistema en el mundo occidental ha cambiado, exigiéndose en algunos casos y recomendándose en otros, la formación continuada.

En España, el sistema ha sido un poco ambiguo. Me explico: los diferentes gobiernos han criticado a la industria farmacéutica con la boca grande, señalándoles como responsables de sesgar la formación a sus intereses. Pero, con la boca pequeña, decían que eran necesarios para pagar la formación; de hecho, han sido los únicos que la han llevado a cabo. Las sociedades científicas se lavan las manos y el poco dinero que tienen no lo dedican a la formación de

sus asociados y, si lo hacen, es a través de una casa farmacéutica.

Ahora que hay crisis, ¿quién se va a encargar de la formación continuada? Las casas farmacéuticas han reducido de manera drástica sus gastos en formación médica, aduciendo los recortes económicos y las continuas restricciones para poder hacerlo. ¿El Estado? No creo. No tiene ni el dinero ni la voluntad de hacerlo. Las sociedades científicas se nutren del dinero de las compañías farmacéuticas y, además, no tienen la organización. ¿Serán los hospitales o seremos los médicos? Hasta cierto punto, los médicos que nos dedicamos a la medicina privada deberíamos de hacerlo, pero los que trabajan para la sanidad pública no creo que lo hagan, ni ellos ni sus hospitales públicos; todo lo contrario, cada vez ponen más pegas para poder asistir a un curso o congreso. Como ven, la situación no es fácil de resolver.

Mi opinión es que las instituciones, tanto públicas como privadas, junto con las sociedades científicas, deberían ser las encargadas de mantener la formación continuada. Por una parte, la participación de las compañías farmacéuticas sería menor y controlada por las sociedades científicas, y por otra, los hospitales públicos y privados y centros de salud controlarían la asistencia de los médicos a las mismas. Creo que en los próximos años veremos grandes cambios... pero durante este tiempo, debemos hacer todo lo posible para que no disminuya nuestra formación.

Las TIC y la sostenibilidad de los sistemas de salud



Enrique Palau Beato, director de Desarrollo Estratégico en Sanidad de Atos Origin.

Existe un consenso general acerca de que la informatización de la sanidad ha dejado de ser una iniciativa voluntaria de directivos innovadores, para convertirse en una necesidad demandada (y en muchos países ya sustentada en mandatos normativos).

Es obvio que el coste de la implantación de TIC es un aspecto relevante, más en el contexto actual, en que las perspectivas de financiación y sostenibilidad de los sistemas de salud no pueden ser optimistas. Sin embargo, son numerosas las evidencias en orden a que la utilización extensa e intensa de las tecnologías de la información en sanidad es una palanca imprescindible para los procesos de modernización y

mejora de los sistemas de salud. Desde los más altos niveles políticos hasta organismos internacionales de la importancia de la OECD, pasando por numerosas referencias en la literatura profesional, hacen constante referencia a los beneficios esperables de la implantación de las tecnologías de la información, tanto en orden a conseguir ventajas operativas y ahorro de costes como a hacer posibles los objetivos estratégicos de cambio de modelo de las organizaciones sanitarias. En nuestro propio ámbito, se han hecho públicos ya cálculos realizados en cuanto al retorno de la inversión realizada en TIC en los servicios de salud de Andalucía y Valencia.

Mantener el nivel de progreso de la informatización de la sanidad española, consolidando los logros alcanzados en los años anteriores, para conseguir los beneficios esperables del uso de los sistemas y tecnologías de la información en nuestras organizaciones sanitarias, precisa de una inversión sostenida en los próximos años. Ese esfuerzo inversor que, por otra parte, representaría un porcentaje menor del presupuesto total, debería ser una prioridad para una sanidad sostenible, si bien parece necesario encontrar soluciones, diferentes a las tradicionales, que la hagan posible. Un nuevo modelo de relación administración-proveedores parece cada vez más necesario a estos fines.

Repensar un modelo asistencial, una respuesta a la otra crisis



Eduard Portella, presidente de Antares Consulting, S.A.

La estructuración actual de los sistemas de salud es uno de los avances sociales más significativos y más apreciados por los ciudadanos. Su éxito se podría resumir con un dato impactante: desde 1960 cada día se incrementa nuestra esperanza de vida en cinco horas.

Entre otras cosas, este éxito se debe al espectacular progreso en el conocimiento y los avances científico-técnicos, desarrollo que se ha

visto favorecido por la constante especialización. Sin embargo, a su vez, esta especialización ha generado una excesiva fragmentación de los servicios, puesto que el criterio organizativo primordial en el sistema sanitario es el área de conocimiento, la "especialidad". Y de este modo hemos pasado de estructurar las organizaciones según los sistemas a los órganos, de los órganos a las enfermedades o a las prestaciones técnicas, cada vez con criterios más micro.

Paralelamente, el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población ha cambiado significativamente: envejecimiento, pérdida de autonomía personal, cronicidad, etcétera. Y este nuevo perfil requiere una atención integral y enfoques más preventivos. Hoy, este desajuste entre las necesidades y los criterios organizativos crea disfunciones que se traducen en una utilización inapropiada de los recursos, de unos recursos y unas actividades que no siempre están pensadas para este nuevo perfil de población.

Estas condiciones de mayor cronicidad y dependencia son hoy una de las causas que más impactan en el coste de los servicios asistenciales: una pequeña parte de los pacientes suponen la mayor parte de la utilización de los recursos. Nos enfrentamos a la necesidad de cambiar de paradigma en nuestro modelo asistencial. Pero no es el único reto: no podemos denostar el modelo asistencial que tanto nos ha aportado hasta ahora para reemplazarlo por otro; el verdadero reto es compatibilizar la existencia de ambos modelos organizativos.

En un contexto de crisis económica provocada por la crisis financiera se están adoptando medidas a corto plazo; y no siempre se están planteando propuestas que signifiquen una transformación del modelo asistencial. En este momento tan delicado no debemos olvidar que debemos afrontar dos crisis: la crisis económica y la del modelo asistencial. ¡Que las medidas para resolver una crisis no nos impidan llevar a cabo las reformas necesarias para afrontar la otra!

Pensar en positivo



Regina Revilla Pedreira, directora de Relaciones Externas Merck Sharp & Dohme España.

Comienza un nuevo año, una nueva hoja en el calendario, un motivo para ilusionarnos en medio de esta terrible crisis que estamos pasando. Porque, aunque pueda parecer un tópico, el pensamiento positivo de todos los actores del mundo sanitario es preciso en este momento: vivimos la revolución sin precedentes de la sociedad del conocimiento, en la que los avances se construyen con la suma de las aportaciones de muchos expertos.

Podríamos regocijarnos en lo hermoso que fue el pasado o en los agravios que hemos sufrido, pero cada vez tengo más claro que nuestra mirada debe dirigirse siempre hacia delante.

Ojalá 2012 sea el año del diálogo, ojalá el nuevo Gobierno -y la nueva ministra de Sanidad- entiendan la importancia de la industria farmacéutica y su labor imprescindible como motor de la nueva sociedad del conocimiento. Y ojalá que nos sintamos todos representados

en el pacto por la sanidad que prometió el presidente del Gobierno en su discurso de investidura.

Porque siempre hay que pensar que lo mejor está por venir.

Sin vuelta atrás



José Manuel Ribera Casado, catedrático emérito de Geriátría (UCM).

Son muchos los posibles temas a comentar este principio de año en relación con la geriatría. Me centraré en uno especialmente preocupante en época de crisis y cambios como la actual. Me refiero al tema de la dependencia y al cumplimiento de la Ley correspondiente.

Desde el punto de vista médico, profesionales y administraciones a lo largo de 2012 deberemos seguir fijando nuestro esfuerzo

de manera preferente en todo lo que tenga que ver con su prevención. En ello estamos todos de acuerdo, y en la medida en que se trata de algo muy evidente, entiendo que es un aspecto asumido y consensuado. Otra cuestión será ver hasta dónde llega nuestra dedicación y nuestra eficacia. Más me preocupa lo que se viene entendiendo como vertiente social del tema, algo indisolublemente unido con los problemas de salud. Mi petición para este año es que ni el cambio de gobierno, ni la crisis económica, ni ninguna otra razón lleven a levantar el pie en un capítulo fundamental para la calidad de vida de un elevado número de compatriotas más desfavorecidos.

No solo recortes, también hacen falta reformas



Ignacio Riesgo González, director de Sanidad. PricewaterhouseCoopers.

El sistema sanitario español sufre del mismo mal que el resto de los sistemas sanitarios en países industrializados: la factura sanitaria crece más que nuestra capacidad de subir impuestos o cotizaciones sociales. De ahí el debate de los copagos, razonamiento de ciertos tratamientos, control presupuestario, etcétera.

Esto es debido a que las fuerzas combinadas de aumento de una oferta ilimitada y de una demanda insaciable contribuyen al incremento de los costes. La oferta aumenta por nuevas y más costosas terapias y herramientas diagnósticas, mayores proyectos de tecnolo-

gías de la información en salud y nuevas disciplinas médicas. En cuanto a la oferta, su aumento está relacionado con mayores expectativas de salud, envejecimiento de la población, mayor prevalencia de enfermedades ligadas a los estilos de vida y nuevas enfermedades infecciosas.

Además, en el sector sanitario, al revés que en otros, la satisfacción de la demanda lejos de apaciguarla incrementa la futura demanda.

En España se da todo esto, más los problemas de la crisis económica general, más los rasgos específicos de nuestra crisis, puesto que gran parte de la recaudación pública estaba ligada a la actividad inmobiliaria.

En ese contexto, lo que ha quedado claro en 2011 es que el actual sistema que tenemos (es decir, las prestaciones y su forma de gestión) no es financiable con los actuales presupuestos públicos, al menos en este momento de aguda crisis. De ahí la necesidad de "recortes", que los hemos visto impulsados tanto por el Gobierno central como por los autonómicos.

Pero los recortes no son suficientes. Si queremos situarnos en buena posición de abordar los problemas del sistema, derivados como hemos visto del aumento exponencial de la oferta y la demanda, y mantener la confianza de la población y de los profesionales, algo básico para su supervivencia, necesitamos, aparte de los inevitables recortes, nuevos proyectos y reformas de transformación a largo plazo.

¿Qué reformas de transformación a largo plazo? Impulsando aquellas palancas que se ha demostrado que mejoran la productividad en salud: prevención basada en planes personales, gestión de enfermedades crónicas, desplazando la atención lo más posible al domicilio, reforzando el poder y la implicación del paciente, declarando la guerra al despilfarro, valoración basada en resultados, alineamiento de incentivos para una atención más productiva y utilización del poder de la información alrededor del paciente. Un gran cambio.

Reformar para crecer



Helena Ris, directora general de Unió Catalana d'Hospitals.

De acuerdo con la situación económica y las medidas de ajuste tomadas por el Govern, la mayor parte del sector sanitario catalán durante el 2011 cumplió en tiempo y forma con el importante esfuerzo económico que se le pidió. Este esfuerzo hubiera sido en balde sin el compromiso de la Administración, empresas, y, en especial, quiero destacar el de los profesionales. Probable-

mente a partir de ahora, percibiremos más sustancialmente el compromiso de los ciudadanos con un sistema eficiente y de calidad a pesar de la subfinanciación histórica.

Si el sector hizo el año pasado un notable sacrificio para ajustarse el cinturón, el 2012 debe de ser el año de las reformas que garanticen la sostenibilidad del sistema. Las medidas que se deriven deben servir para fortalecer el sistema y sobre todo para vislumbrar un horizonte de recuperación. Un reciente informe de la Unió concluye que debemos apostar por la evaluación continua y pública de resultados vinculada a las decisiones clínicas, de gestión y empresariales para mantener y hacer sostenible la calidad y eficiencia del sistema.

Desde esta premisa, apunto tres grandes propuestas: un pacto sanitario que permita superar el subfinanciamiento histórico del sistema; limitar la cartera de servicios de financiación pública según necesidades, evidencia científica y coste efectividad; y, crear una agencia independiente que valore las prestaciones de servicios, tecnología y fármacos de financiación pública en función de su coste efectividad. El sector y el sistema, modelo para países de nuestro entorno, tienen capacidad para perdurar y adecuarse a las necesidades de una sociedad que alcanza más años y tiene a su disposición más tecnología.

Tiempo de emprendimiento



Germán Rodríguez Somolinos, director de Ciencias de la Vida y los Materiales del CDTI.

Tiempos de crisis son tiempos de oportunidades y de emprendimiento. Cuando la necesidad aprieta surge en el hombre ese plus de atrevimiento que le permite embarcarse en aventuras empresariales que de otro modo nunca verían la luz. En el ámbito que nos ocupa, hablamos de aventuras con base tecnológica relacionadas con la salud humana. Revisando los datos del año 2011,

observo un incremento notable de proyectos biosanitarios presentados al CDTI en demanda de financiación por parte de empresas de base tecnológica de nueva o de reciente creación. En total, han sido treinta y dos empresas que abordan temas dispares a cual más interesante: plataformas biotecnológicas para la producción de proteínas terapéuticas; modelos metabólicos y genéticos para descubrimiento de biomarcadores y medicina personalizada; nanofármacos para el tratamiento del cáncer basados en nanopartículas multivalentes; dispositivos para terapias avanzadas y mínimamente invasivas del sistema vascular; terapia celular para el tratamiento de la en-

fermedad vascular isquémica. En fin, la lista sería muy larga y este hecho sirve para demostrar no tan solo el despegue que se está produciendo en España en la transferencia de conocimiento desde el sector público al privado, sino también la excelencia y calidad de nuestros investigadores/emprendedores.

Copago: sí, no, sí, no...



Julián Ruiz Ferrán, socio director de Medical Finders.

Al socaire de la crisis, y como sucede periódicamente, ha vuelto a resucitar el espectro del copago, acompañado de algún eufemismo al uso, por la utilización de servicios asistenciales públicos.

El tema viene dando vueltas desde hace tiempo a nivel internacional, y diversas modalidades de copago sanitario se han ido implantando en la mayoría de los países de la OCDE, siendo ejemplos paradigmáticos Alemania y Francia. En España, solo existen dos precedentes: en el sector público, el único copago implantado es el copago de medicamentos en aquellas recetas expedidas a ciudadanos no encuadrados en clases pasivas y que supone un raquítico cinco por ciento del gasto farmacéutico; en el sector privado, las aseguradoras sanitarias privadas imponen a sus asegurados un copago por la utilización de los distintos servicios incluidos en las coberturas de las pólizas correspondientes.

A falta de estudios concluyentes, sigue abierto el debate acerca de los pros y contras de instaurar alguna nueva modalidad de copago en la sanidad pública española.

En mi opinión, hay tres grupos de opositores a instaurar un sistema efectivo de copago sanitario: a) la mayoría de los políticos, al menos de cara a la galería y sobre todo en época electoral; b) los estrategas sanitarios de salón, cada vez más numerosos en nuestro medio; y c) los profesionales sanitarios alejados, por una razón u otra, del día a día de la práctica asistencial y, por ende, del contacto cotidiano con la ciudadanía.

En cambio, la inmensa mayoría de los profesionales sanitarios en ejercicio están a favor de la instauración de sistemas de copago que pongan coto de alguna manera al abuso manifiesto a la hora de exigir servicios sanitarios gratuitos por buena parte de la ciudadanía y cuya demanda tiende a infinito.

En suma, si queremos que el sistema sanitario público español siga siendo universal y de amplias coberturas asistenciales, habrá que poner coto al abuso instaurando sistemas que limiten la uti-

lización inadecuada e irresponsable de servicios asistenciales públicos. Cortemos el abuso. Que la gente valore lo que cuesta un buen sistema sanitario público. Es cuestión de supervivencia. Dejemos de deshojar la margarita.

Autoestima



Eugeni Sedano i Monasterio, director de Relaciones Institucionales de Esteve.

En un entorno convulso provocado por cuatro años de crisis económica global en los que los dos últimos han sido especialmente duros con el sector farmacéutico, la autoestima de nuestro país ha bajado a mínimos históricos.

No cabe duda de que la salud es una prioridad social. España dispone de infraestructuras sobresalientes, un excelente entramado de investigación, tanto pública como privada, y una industria farmacéutica preparada y dispuesta a seguir invirtiendo, pero para ello necesita del apoyo de un Gobierno dispuesto a alinear y equilibrar a todas las partes involucradas y garantizar un entorno de estabilidad.

La apuesta por sectores intensivos en investigación y tecnología es una de las vías a seguir para alcanzar la luz al final del túnel y mejorar, aunque pueda sonar extraño, nuestra autoestima como país. Siendo conscientes de nuestro potencial, podremos mejorar nuestro rendimiento como comunidad. Para ello, necesitamos de un Gobierno que aporte liderazgo, pudiendo contribuir, en definitiva, a la transformación de un modelo económico y social, y ofrecer resultados tangibles desde el punto de vista sanitario, económico-industrial y social.

Innovación sí, recortes no



Guillermo Sierra Arredondo, expresidente de la Organización Médica Colegial.

En mayo de 1999, el recientemente fallecido Steve Jobs decía: “la solución para Apple no es un recorte de costes sino la innovación”. En una mente empresarial, que planifica a largo plazo y arriesga su dinero, es comprensible esta forma de pensar. Por el contrario, para una mente cortoplacista que maneja el dinero ajeno y cuya preocupación es no perder el sillón, se entiende que la innovación le quede grande, lo fácil, lo que no precisa imaginación, es recortar prestaciones.

Hace días, en casa de unos amigos a uno de sus nietos, que no había hecho los deberes y no tenía notas muy brillantes, le mandaron al cuarto de pensar. Posiblemente, algunos dirigentes deberían pasar una temporada por este habitáculo. Han sacado malas notas, no han hecho los deberes y no han enseñado las calificaciones a la ciudadanía, que es la que paga sus estudios o en este caso, su trabajo.

Necesitamos jinetes que sepan, sin demagogia, montar y controlar el caballo desbocado del mercado; no jinetes que repartan los beneficios y socialicen las pérdidas.

¿Por qué no valen mis recetas?



Javier Subiza Garrido-Lestache, director del Centro de Asma y Alergia Subiza (Madrid).

Levo trabajando como alergólogo más de 25 años en un centro especializado de Madrid con más de 40 años de funcionamiento. Los pacientes que atendemos proceden en un 30 por ciento de los conciertos con la seguridad social, el resto en su mayoría de las aseguradoras privadas. Durante muchos años nunca hemos tenido problemas para que los pacientes atendidos en nuestro centro pudieran beneficiarse de las prestaciones farmacéuticas del SNS, ya fuera mediante la receta directa

entre los atendidos a través de concierto con la seguridad social o bien en el segundo caso, el paciente mostraba el informe al médico de Atención Primaria y este, en general, no ponía ninguna pega para extenderle las recetas necesarias. Esta colaboración exitosa entre medicina privada y seguridad social he observado con perplejidad que se ha ido deteriorando a lo largo de los años, hasta el punto de que en la actualidad en los centros de salud han colgado carteles advirtiendo “No se pasan los medicamentos recetados por médicos privados”.

La situación es embarazosa para el médico privado que no entiende por qué ahora “sus recetas no valen”. ¿Es que nuestro título de especialista es diferente del de los que trabajan en el SNS? ¿Es que no se fían de nuestros tratamientos? Si atiendo a un paciente a través de un concierto sí soy un médico bueno; si el siguiente es de una entidad de seguro libre, entonces soy un médico malo y la receta no vale. Si alguien puede entender esta irracional situación que me lo explique. ¿Cuál es la consecuencia de este despropósito? Pues que el paciente estudiado por nosotros, y cuyo coste ha sido hasta ese momento de cero euros para el SNS, pide al médico de familia que sea atendido por el especialista del SNS, lo que implica volver a repetir el mismo estudio, eso sí ahora a costa del dinero público, para que finalmente el especialista del SNS le recete los medicamentos que al médico de Atención Primaria no le dejaron pasarle.

La situación está tan extendida en nuestro territorio, que en los foros de Internet los pacientes contabilizan y comparan los tiempos requeridos para su estudio en un centro y otro, es decir, entre el privado y el público.

Con la que está cayendo, ¿hasta cuándo vamos a seguir derrochando el dinero público?

20 años en 2012



Luis Truchado Velasco, director de EuroGalenus-Executive Search Consultants.

Este mes de junio celebramos el 20 aniversario de la fundación de EuroGalenus desde que comenzamos nuestra actividad de búsqueda de directivos como Euromédica, -el decano de las firmas de búsqueda especializadas en el sector Salud- en junio de 1992. El sector ha vivido muchos cambios, los mandatos han cambiado y compañías para las que un día trabajamos se han fusionado y cambiado de nombre. Hemos identificado algunas tendencias en el nivel directivo senior del sector salud.

Han crecido mucho los segmentos colaterales al *mainstream* de la industria farmacéutica como la biotecnología, los equipos médicos, la cosmética o la nutrición. Desde finales de los 90 existen compañías españolas de biotecnología, que requieren directivos de talla internacional capaces de trabajar en un *HQ en España*. Afortunadamente, el nivel directivo español para este tipo de responsabilidades es muy alto y raramente es necesario salir a buscar al extranjero. Además, nuestra sanidad privada se está profesionalizando mucho y precisando de nuevas competencias para crecer.

La externalización forma parte del entorno sectorial y el *outsourcing* supone ahora una herramienta fundamental de la gestión moderna. La pregunta es: ¿Por qué hacer ese trabajo *in house*, si hay compañías ahí fuera más eficientes para llevarlo a cabo bajo nuestra supervisión? Se ha profesionalizado mucho el sector servicios, con compañías sólidas y fundadas con la intención de ser *partners* de los laboratorios, aportar valor añadido e invertir en estructura a largo plazo. Tanto grandes consultoras estratégicas, como *boutiques* de *business intelligence*, *sales force effectiveness* o CRM, por ejemplo, ilustran la gran modernización de España en estas dos décadas.

Los puestos de trabajo se han hecho multidisciplinares y las unidades de negocio demandan nuevas competencias profesionales para resultar más ágiles, efectivas y eficientes: mucho más enfocadas.

Volviendo la vista atrás, y tras pasar varias crisis globales y específicas del sector en estos veinte años, la salud del empleo en el sector de la sanidad es excelente.

Independientemente del tamaño, en cualquier compañía/organización donde se produce investigación, desarrollo e innovación se producen incursiones constantes en nuevos mercados. Se requiere nuevo talento capaz de dar respuesta a retos desconocidos. Sin duda, un mercado atractivo para quienes pertenecemos a él, pero también para todos los *outsiders* que siguen viéndolo con admiración y algo de sana envidia.

Una oportunidad para garantizar la sostenibilidad



Gabriel Uguet Adrover, presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas.

Los políticos de este país tienen una gran oportunidad de poner unos pilares sólidos para que nuestros hijos y nietos puedan seguir disfrutando de una sanidad gratuita y universal, para ello necesitamos unos políticos valientes y decididos que estén dispuestos a reconocer y aplicar de manera clara el papel fundamental que tiene el sector sanitario privado en la sostenibilidad del sistema sanitario público español y, por tanto, lo defiendan no solo con palabras

sino con hechos apostando por un cambio del modelo actual donde el sector privado juegue un papel mucho más importante.

Me preocupa que la Administración apueste por un aumento de los impuestos con medidas como el aumento del IRPF, copago, gasolina, tabaco... o la eliminación y reducción de la concertación con el sector privado con el propósito de no cambiar nada y para poder seguir inaugurando centros sanitarios y servicios cuya única razón de ser sea la política y no la asistencial. Por ello, es urgente que de manera inmediata y con los objetivos de reducir el déficit sanitario público y evitar el aumento indiscriminado de las listas de espera el gobierno apruebe la desgravación fiscal en el IRPF del seguro de salud, al mismo tiempo que la Administración potencie y refuerce la concertación con la sanidad privada. Del mismo modo, y dado que estas medidas solo resolverían el problema a corto plazo, es imprescindible que los políticos estudien un nuevo modelo de sistema y para ello sería muy interesante explorar la posibilidad de ampliar el modelo Muface a otros colectivos, ya que es un modelo muy eficiente que permite la libre elección de especialista y centro sanitario sin perder la gratuidad para el usuario. Por ello, un 85 por ciento de los funcionarios eligen este modelo frente al modelo público. Si bien para ello el modelo debe estar suficientemente financiado ya que el actual no lo está, al igual que debe exigir a las aseguradoras un cuadro médico mucho más amplio y variado.

El año que vivimos

LOS RECORTES Y LA NUEVA MINISTRA DE SANIDAD, ANA MATO, SOBRESALEN EN EL PANORAMA SANITARIO ESPAÑOL DE 2011, HECHOS A LOS QUE SE SUMA EL NUEVO DISEÑO QUE *MEDICAL ECONOMICS* ESTRENÓ EN SEPTIEMBRE, LA VEINTENA DE ACTOS QUE ORGANIZÓ Y LOS MÁS DE 80 EXPERTOS QUE EN ELLOS PARTICIPARON.

[Por **GONZALO SAN SEGUNDO**]

En el mundo sanitario español, 2011 será recordado, sobre todo, como el año de los recortes y de la llegada al Ministerio de Sanidad de una mujer (que sucede a otra), Ana Mato, licenciada en Ciencias Políticas y Sociología, chafando los deseos de médicos y enfermeras, representados en sus instituciones, que pedían con afecto y calor que regresara a la sede del Paseo del Prado de Madrid otra mujer, Ana Pastor.

Mato se ha de entender, por resumir, con unos profesionales dolidos por los recortes, con un Sistema Nacional de Salud atomizado en 17 centros de poder y tambaleante en cuanto a su sostenibilidad y con un Consejo Interterritorial *a priori* domesticado. Un panorama que afronta, según primeras impresiones, con cautela, ofertas de diálogo y, en frente, múltiples suspicacias.



recortadamente

También el sector sanitario español de 2011 será recordado por las informaciones (al menos por algunas de ellas) que, número tras número y así hasta una veintena, *Medical Economics* ofreció a sus lectores. Un periodo ese 2011 en el que la revista dedicó 1.096 páginas (publicidad incluida), a una media de prácticamente 55 páginas por número, a informar acerca de aquellos asuntos que constituyeron el interés de sus lectores.

Los temas que más veces han aparecido en las portadas de la revista hacen referencia al sistema sanitario, la gestión profesional y la atención al paciente, seguidos de la práctica profesional y lo relativo a la profesión médica. No han faltado temas de finanzas, inversiones e impuestos, economía de la salud y formación.

Así, *Medical Economics* inició el año con el número 143, en el que en portada titulaba: *Médico-paciente: Una nueva relación*, en el que se afirmaba que “una correcta comunicación con el paciente puede convertirse en el mejor de los aliados terapéuticos”. E ilustra acerca de cómo dar malas noticias, comunicar el riesgo y cómo manejar las visitas con pacientes enfadados.

En el número 151 se insistía en la comunicación médico-paciente, pero esta vez desde la vertiente de las nuevas tecnologías, concretamente con el uso de las redes sociales. Y en el 162, justo el último del año 2011, la revista volvía a la carga con el título *Educación al paciente: Medicina de 360 grados*. Se trata de una serie de artículos en los que se aborda cómo la formación e información al paciente ayuda a mejorar su relación con el médico, incentivar la prevención en salud y la adherencia a los tratamientos, poniendo el énfasis en los portales de salud, con amplia descripción sobre el referente www.webdelasalud.es.

Si la relación médico-paciente constituye uno de los ejes informativos de la revista, también lo es la gestión profesional. En la portada del número 146 se expuso el tema *Nuevas fórmulas de gestión: Hacia la asistencia sanitaria integrada*, que, recoge, entre otras cosas, las opiniones y recetas de los expertos que participaron en el XIII Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria sobre cómo dar un giro sustancial en la política sanitaria y en la forma de gestionar la sanidad.

La gestión volvió a las páginas de la revista en la portada del número 160 en la que, en formato de mesa redonda y bajo el título *Ejercer vs. gestionar: Medicina entre dos tierras*, cuatro expertos debatieron en torno a los inconvenientes y ventajas que ofrece para los profesio-

sionales de Atención Primaria combinar la práctica médica con la gestión de su agenda y su centro de salud, o sea, ejercer, gestionar y participar. Triple conjunción verbal que, según los participantes, contribuiría a que los profesionales se sintieran más comprometidos, los pacientes mejor atendidos y el conjunto de la sanidad resultara más sostenible.

En un año en el que la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud se ha puesto en cuestión en repetidas ocasiones, mediante informes, actos y declaraciones más o menos atinadas, incluso interesadas, *Medical Economics*



no podía ser ajena a tal preocupación. De modo que ya en el número 156 (segunda quincena de septiembre), coincidiendo con el nuevo diseño de la revista, se trató el tema *Sostenibilidad y salud: La visión de los profesionales*, información emanante del debate surgido en una mesa redonda entre cinco cualificados expertos.

En el siguiente número, el enfoque del mismo problema se amplió a la *Sanidad europea: Hacia una nueva definición*, reportaje en el que se abordaron los nuevos pilares sobre los que se está erigiendo la sanidad en el viejo continente: tecnología, cronicidad, nuevos modelos de financiación y educación del paciente como autocuidador de su patología.

En un tono más pragmático, pero focalizado en similar problemática, el espacio de debate Los Jueves de Medical Economics ahondó en *La Sanidad: ¿Motor o freno de la economía?*. El exministro de Trabajo Manuel Pimentel, el expresidente de la Junta de Extremadura Guillermo Fernández Vara y el experto en Economía de la Salud Álvaro Hidalgo expusieron y deliberaron entre ellos y el público asistente acerca de cómo conseguir más ingresos y dónde recortar, ajustar o realizar reformas. Fue el tema de portada del número 158. Un amplio resumen del contenido de otra sesión de Los Jueves de Medical Economics, dedicada a los *Incentivos a los profesionales: ¿Son posibles en tiempos de crisis?* se publicó en el número 158.

Más sobre la sostenibilidad del sistema público se pudo leer en el número 154 con motivo de la celebración de las XXXI Jornadas de Economía de la Salud celebradas en Mallorca. Y como colofón a este tratamiento informativo de la sostenibilidad del sector sanitario

público en España, y con motivo de cumplirse la primera década de las transferencias a las comunidades autónomas en materia de sanidad, la revista publicó en su número 161, penúltimo del año, un informe en el que se ponía de manifiesto las asignaturas pendientes de la descentralización sanitaria: la coordinación entre el Estado y las autonomías, la colaboración entre los distintos servicios de salud, el registro único de profesionales y un sistema de información integrada, entre otras cuestiones.

La práctica profesional fue objeto de dos portadas en las que se trataron los siguientes temas: *El médico enfermo, ese paciente especial* (número 153), trabajo dedicado al IV Congreso Paime celebrado por la OMC en Málaga; y *Misión médica: Los voluntarios son para el verano* (número 155), reportaje en el que se presentaba a las principales ONG donde colaboran los profesionales de la salud.

Otras dos portadas se dedicaron a temas relacionados con la profesión médica y sus remuneraciones. En el número 145 se publicó *¿Cómo aumentar sus ingresos?*, donde quedó perfectamente reflejado que los médicos de familia e internistas ingresaron en 2010 prácticamente lo mis-



LOS NÚMEROS DE 2011

20 números publicados, con 8 portadas fotográficas, 7 gráficas y 5 de texto.

1.096 páginas escritas.

162 páginas (el 15 por ciento del total) dedicadas a los temas de portada.

16 actos organizados y publicados:

- 4 mesas redondas.
- 3 sesiones celebradas (dos publicadas) de Los Jueves de Medical Economics.
- 1 jornada autonómica dedicada al País Vasco.
- 9 jornadas *Medical Economics* de diversa índole temática celebradas en varios puntos de España: Madrid, Bilbao, Valencia, Palma de Mallorca...

80 expertos participaron en dichos actos.





NUEVO DISEÑO

Medical Economics estrenó nuevo diseño, acorde con la revista homónima estadounidense, en el número 156, correspondiente a la segunda quincena de septiembre. En portada, una profesional sanitaria sujeta la torre de Pisa, en alusión precisamente a la sostenibilidad del SNS. Con una mancheta más moderna y dinámica, la revista en su interior da cabida a más texto en el mismo espacio, debido a la nueva tipografía empleada. El conjunto presenta una publicación más ágil y legible, más atractiva y apetecible. Y es que en tiempos de crisis hay que renovarse. Todo ello de cara a ofrecer un mejor servicio y producto a nuestros lectores.

mo que el año anterior, mientras que los pediatras redujeron sus ingresos medios. Todo ello referido a los ingresos de los médicos con consulta propia en Estados Unidos.

En el ámbito español, la revista publicó en su número 147 un informe exclusivo, en colaboración con la OMC, en el que quedó constancia, entre otras cuestiones, de que la mayoría de los médicos con consulta privada obtuvieron unos ingresos brutos inferiores a 60.000 euros, procedentes, casi en su totalidad, del pago de las compañías aseguradoras. Y solo uno de cada diez consultados confesó ingresar más de 120.000 euros. Dicho informe se completó en el número siguiente con un análisis en profundidad sobre cómo es el médico español que tiene consulta privada.

En ese mismo número, el 148, una nueva mesa redonda desentrañó, por boca de los expertos, el nuevo perfil del profesional del siglo XXI, es decir, un médico que, además de ejercer como tal, precisa, junto con el inglés y la informática, conocimientos de gestión, comunicación, consultoría y liderazgo. Habilidades o herramientas que,

en general, se hallan ausentes en la formación de grado y posgrado.

La formación de posgrado se completa con la aplicación y uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Las TIC fueron el tema central de Infors@lud 2011, congreso organizado por la Sociedad de Informática de la Salud y del que la revista se hizo amplio eco en su número 152 con el título en portada *Sanidad en código binario*.

No podía faltar, como cada año, una aproximación a la declaración del IRPF que, con el título de *El vía crucis de los impuestos*, *Medical Economics* publicó en el número 150. Ni tampoco, como viene siendo habitual, la crónica de los premios del año con el perfil de los galardonados. A destacar, el premio especial concedido a Federico Mayor Zaragoza.

Y más premios. La portada del número 159 estuvo dedicada a presentar los tres trabajos ganadores de la edición norteamericana del Certamen de Artículos para Médicos, quedando ganador el relato titulado *El principio del ping-pong*.





Por **JOSÉ IGNACIO ALEMANY**

Respuestas a sus preguntas sobre...

Ventajas fiscales en la venta de acciones de sociedades nuevas o de reciente creación (y II)

¿Puedo vender las acciones de mi empresa a familiares o sociedades vinculadas y obtener por ello ventajas fiscales?

No. En el Real Decreto Ley 8/2011, que introduce modificaciones en la Ley del IRPF y que el Gobierno aprobó el pasado 1 de julio, existe, entre otras limitaciones, una que elimina la ventaja fiscal en caso de venta a otros socios, administradores o consejeros; a socios, administradores o consejeros de otras entidades del mismo grupo; a los familiares de las personas citadas; y a prácticamente cualquier otra persona o entidad que pueda calificarse como "vinculada".

¿Existen otras limitaciones?

Sí. Entre otras: se impide la venta a sociedades residentes en paraísos fiscales, se veta el uso de fondos provenientes de cuentas ahorro-empresa para la adquisición de las acciones, se prohíbe la venta y posterior compra (dentro del mismo año) de acciones en la misma sociedad, y se niega la posibilidad de "suceder a la empresa" mediante el ejercicio de la misma actividad que se realizaba en la sociedad vendida directamente o a través de otra sociedad.

Recuperación del Impuesto sobre el Patrimonio

El Real Decreto Ley 13/2011, de 16 de septiembre, establece la recuperación, por dos años, del Impuesto sobre el Patrimonio de manera inmediata, con efectos para el

pasado año 2011, si bien la primera declaración del mismo no deberá presentarse hasta junio de 2012. Quedará derogado a partir del 1 de enero de 2013.

¿Por qué dejó de exigirse el Impuesto sobre el Patrimonio y por qué se recupera ahora?

Se eliminó la obligación efectiva de contribuir por dicho impuesto, entre otras razones, por haber disminuido su capacidad redistributiva al gravar principalmente patrimonios medios. La recuperación del impuesto se debe a diversos motivos, sobre todo derivados de la delicada situación financiera y presupuestaria del Estado. Según el propio Real Decreto Ley, se hace necesaria la adopción de nuevas medidas tributarias que refuercen los ingresos públicos mediante la obtención de una recaudación adicional.

¿Es realmente urgente la recuperación del Impuesto sobre el Patrimonio?

Este es uno de los asuntos más polémicos de la reforma, ya que una parte del sector jurídico opina que la medida no cumple las condiciones de "extraordinaria y urgente necesidad" que requiere la Constitución para permitir la implantación de un impuesto mediante decreto ley. Según la exposición de motivos, "a la vista de la situación económica y presupuestaria, se hace necesaria la adopción de la medida de manera inmediata, para garantizar la obtención de ingresos en los dos próximos ejercicios a fin de asegurar los objetivos de estabilidad asumidos por España". Y la urgencia en la aprobación

de estas normas "se justifica, además, por la necesidad de dejar un tiempo suficiente para que las comunidades autónomas puedan ejercer, de así desearlo, sus competencias normativas en este escenario de recuperación del impuesto".

¿Cuáles son las principales novedades con respecto al año 2007?

Se han incorporado los siguientes cambios:

- Se eleva el importe del mínimo exento por contribuyente a 700.000 euros, y el exento por vivienda habitual pasa de 150.000 a 300.000 euros por contribuyente.
- Se incorpora en el artículo 37 de una norma por la cual están obligados a presentar la declaración, aunque no resulte a pagar, los contribuyentes con un patrimonio superior a dos millones de euros.
- Se establece que estas modificaciones estarán vigentes hasta el 1 de enero de 2013, día en el cual entrará en vigor el artículo segundo del citado real decreto ley, mediante el que se derogan las disposiciones contenidas en el primero.

Hay que recordar que las competencias normativas sobre este impuesto están cedidas a las comunidades autónomas y que algunas estudian la posibilidad de acordar exenciones o bonificaciones de hasta el cien por cien de la cuota a pagar, lo cual posibilita la existencia de un tratamiento distinto en función de la residencia fiscal de cada contribuyente.

PUNTOS CLAVE

El Real Decreto Ley 13/2011, de 16 de septiembre, establece la recuperación, por dos años, del Impuesto sobre el Patrimonio de manera inmediata

En el Real Decreto Ley 8/2011 se incluye, entre otras limitaciones, una que elimina la ventaja fiscal en caso de venta a otros socios, administradores o consejeros

Medical Economics[®]

EDICIÓN ESPAÑOLA

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es



PREMIOS
2012

Así son los galardonados

Los hospitales Moncloa y 12 de Octubre, Previsión Sanitaria Nacional, Sanofi Pasteur MSD, la campaña "Alzheimer Internacional 2011", la Federación Española de Enfermedades Raras, Janssen Cilag, los colegios oficiales de Médicos de Barcelona, Farmacéuticos de Madrid y Enfermería de Guipúzcoa, Philips Ibérica y PricewaterhouseCoopers han sido los galardonados de este año. Junto a ellos Juan Abarca Campal, por su trayectoria profesional, y Josep Carreras, por su activo mecenazgo en la fundación que lleva su nombre, completan el palmarés de los Premios Medical Economics 2012.

HOSPITAL MONCLOA

Premio Centro Sanitario Privado con Mejor Innovación/Gestión

La excelencia como vocación

DESDE SUS INICIOS, EL HOSPITAL MONCLOA HA APOSTADO POR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y RECIENTEMENTE HA COMENZADO A EXPORTAR SU CONOCIMIENTO A NIVEL INTERNACIONAL

Como organización compleja de servicios, el Hospital Moncloa, propiedad de la aseguradora Asisa, está inmerso en un proceso de innovación continua, que tiene como protagonistas a los pacientes, a los usuarios, a los clientes y a los propios profesionales.

El Hospital Moncloa cuenta con instalaciones e infraestructuras avanzadas y presta asistencia sanitaria multidisciplinar y de máxima calidad, debido, entre otros aspectos, a la cualificación de sus profesionales y su elevado nivel de equipamiento, lo que le ha situado a la vanguardia de la medicina privada en Madrid, convirtiéndose en un centro referente en toda Europa.

La permanente orientación a la mejora continua ha permitido revisar constantemente los objetivos y las metas. Así, dentro del Plan Estratégico de Hos-

a nivel nacional. En cuanto a las consultas externas, el Hospital ha duplicado este año su capacidad al inaugurar un nuevo centro de especialidades anexo a sus instalaciones.

Con todo ello y con el esfuerzo de sus más de 500 trabajadores, los resultados del hospital, a juicio de sus directivos, "son plenamente favorables, tanto los datos de satisfacción de nuestros clientes (excelentes en el trato humano, médico y de confort), como el volumen de negocio y las inversiones".

Además, durante el año 2011 el centro ha desarrollado un plan de internacionalización y ha creado Hospital Moncloa Internacional que junto con el Instituto de la Seguridad Social de Guinea Ecuatorial (Inseso) ha firmado un contrato para gestionar un nuevo hospital en este país gracias a la creación de una sociedad denominada Sociedad Guineana de Salud, lo que supone convertirse en el primer grupo español en gestionar la sanidad de un país del continente africano. Asimismo, el hospital está participando en proyectos de mejora de la gestión de la sanidad en países como Rumanía, Bulgaria, Marruecos o Congo Brazaville.

El resultado de esa estrategia se cristaliza en las numerosas certificaciones de calidad con las que cuenta el centro sanitario como la norma UNE EN ISO 9001:2000 de todos sus servicios, tanto asistenciales como no asistenciales, la certificación de su sistema de gestión ambiental, la certificación OHSAS 18001 de su sistema de Gestión de Seguridad y Salud Laboral y en el año 2011, de la certificación de su sistema de Gestión Ética y Socialmente Responsable con la norma SGE21, que es la primera norma europea que establece los requisitos que debe cumplir una organización para integrar en su estrategia y gestión la responsabilidad social. Por último, cabe destacar que este mismo año, el centro sanitario ha convalidado, de nuevo, el Sello Europeo de Excelencia, en su nivel de más de 500 puntos otorgado por el Club de Excelencia en la Gestión, que actualmente ostentan tan sólo dos centros sanitarios en nuestro país.

pital Moncloa se han puesto en marcha apartados específicos sobre gestión de la calidad y la implantación de nuevas tecnologías que han permitido la informatización de procesos como la gestión económica, la gestión de los recursos humanos, la logística del centro sanitario, la admisión de pacientes, etcétera.

En este ámbito, el centro ha culminado su completa informatización y actualmente continúa apostando por incorporar modernos equipos de radiología e imagen y ha conseguido desarrollos de vanguardia en las unidades de cardiología, oncología, cirugía vascular y la unidad de arritmias y electrofisiología.

La cartera de servicios del Hospital Moncloa ha ido creciendo y actualmente cuenta con más de 40 servicios asistenciales, muchos de ellos, de referencia



Medical Economics®

Plataforma de Formación Continuada MedicalEconomics.es

Habilidades Clínicas en Patología Cardiovascular en Atención Primaria

Medical
Economics®

5,5 créditos

Comisión de Formación Continuada
de las Profesionales Sanitarias de
la Comunidad de Madrid



PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Periodo lectivo: 1 de febrero - 1 de mayo de 2012

Bloque I: *on-line* 1 de febrero

- Insuficiencia cardíaca
- Hipertensión arterial
- Cardiopatía isquémica
- Dislipemias

Bloque II: *on-line* 15 de marzo

- Valvulopatías
- Obstrucción arterial
- Pericarditis
- Varices

INSCRIPCIÓN GRATUITA

Ya puede inscribirse a través de la página web:

fmc.medicaleconomics.es

donde encontrará información adicional sobre este curso

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Premio Centro Sanitario Público con Mejor Innovación/Gestión

Líder en asistencia, investigación y docencia

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE ES UNO DE LOS MAYORES CENTROS DEL PAÍS Y CUENTA CON PRÁCTICAMENTE TODAS LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS, ASÍ COMO CON UN EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO DE VANGUARDIA

Su actividad registra números de vértigo: casi 40.000 intervenciones quirúrgicas, más de 40.000 ingresos y aproximadamente un cuarto de millón de urgencias, junto a otro millón de consultas externas y más de 200 proyectos de investigación activos, desarrollados en varios edificios repartidos por una parcela de 147.000 metros cuadrados. Además, en el centro se forman alumnos de Medicina y Enfermería, junto a un número importante de médicos residentes

El trabajo de los casi 7.000 profesionales que forman la plantilla del hospital ha hecho posible que el 12 de Octubre destaque prácticamente en todas las áreas de

tipo, siendo uno de los pocos centros españoles que puede realizar todos los tipos de trasplante de órganos sólidos existentes (riñón, corazón, hígado, páncreas y pulmón).

El centro es pionero en muchas técnicas, como el trasplante de riñón para pacientes de edad avanzada con donantes también de edad avanzada, realizándose tanto trasplantes dobles como simples, utilizando en algún caso órganos de donantes de casi 90 años de edad.

En el apartado de investigación básica y clínica el 12 de Octubre es un indiscutible referente, con un gran número de proyectos, centrados en cáncer, enfermedades raras, modelos de enfermedad y terapias, enfermedades infecciosas y SIDA, otras enfermedades crónicas e inflamación, y enfermedades neurológicas y mentales.

Cuenta con un Centro de Investigación Biomédica, dedicado en exclusiva a la realización de proyectos y estudios, con laboratorios de investigación, áreas de apoyo científico-tecnológicas, quirófanos experimentales para animales grandes y microcirugía y dependencias diferenciadas para los animales.

En las instalaciones del centro trabajan médicos, biólogos, bioquímicos y químicos, con el objetivo de que sus hallazgos permitan mejorar el diagnóstico de la enfermedad y hacer más eficaz su tratamiento.

Otros aspectos en los que el Hospital destaca como referente son el diagnóstico y tratamiento del cáncer, que incluye una Unidad de Cáncer Familiar centrada en la prevención de esta enfermedad desde el punto de vista hereditario; el ámbito de mujer y niño, con un centro Materno-Infantil al que acuden pacientes de todo el país; y la atención de politraumatismos, con una Unidad de Cuidados Intensivos de Trauma que es de las pocas con un helipuerto en su planta superior en el que son recibidos *in situ* los pacientes.



Vista de la residencia general del Hospital 12 de Octubre, al lado de la entrada a Urgencias.

actividad posibles; especialmente en cuatro: trasplantes, tratamiento del cáncer, asistencia al paciente politraumatizado y atención a la mujer y niño.

En lo que a trasplantes se refiere, año tras año ocupa los primeros puestos del país en intervenciones de este

Excelencia en la atención sanitaria



- La atención sanitaria ha de trascender las exigencias básicas para alcanzar un grado de excelencia acorde con las expectativas de la sociedad actual.
- Los profesionales sanitarios compaginan su labor asistencial diaria con una constante y necesaria actualización, fruto del esfuerzo investigador clínico y de gestión inherente a la práctica médica actual.
- **Oximesa** mantiene su claro compromiso de colaboración para impulsar iniciativas que redunden en la innovación, y con ello en la mejor atención a sus pacientes respiratorios.

Oximesa se congratula del premio otorgado por *Medical Economics* al **Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)**, exponente de la excelencia en la atención sanitaria, producto del trabajo asistencial, docente, investigador y de gestión desarrollado por todos sus profesionales.



 **OXIMESA**
GRUPO PRAXAIR

Líderes en terapia respiratoria

PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL (PSN)

Premio Aseguradora de Servicios Sanitarios

La previsión profesional del siglo XXI

PSN SE HA CONVERTIDO EN EJEMPLO DE LO QUE DEBE SER LA PREVISIÓN PROFESIONAL: NO SOLO PROTECCIÓN PERSONAL Y FAMILIAR, SINO TAMBIÉN ATENCIÓN A MAYORES, EDUCACIÓN INFANTIL Y SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Manteniendo la vigencia de sus propósitos fundacionales, formulados hace más de 80 años por un grupo de médicos que se apoyaron en el concepto de ayuda mutua para aliviar las consecuencias del infortunio, el accidente, la vejez y la muerte, PSN ha sabido evolucionar rápidamente en todos sus cometidos: atención a mutualistas, alcance y garantías de sus productos aseguradores,

especialización y valor añadido en sus nuevos servicios, apertura a otros colectivos universitarios y expansión territorial por España y Portugal. Lo que en 1930 era una incipiente mutualidad de previsión social, hoy es todo un grupo de empresas enclavado en el mundo profesional y volcado en servir a los universitarios y a sus instituciones representativas, los colegios profesionales.

Gracias a una cartera de productos aseguradores amplia, versátil y con coberturas inmejorables en el ramo de Vida, PSN no ha parado de crecer en los últimos años. Especialmente en primas, donde ha ido encadenando incrementos anuales de dos dígitos, ejercicio tras ejercicio. En el último año, gracias a un nuevo aumento del 20 por ciento en nueva producción, ha llevado la emisión bruta de primas por encima de los 63 millones de euros. También ha venido aumentando notablemente

el número de sus pólizas, mutualistas y asegurados, consiguiendo de esta manera agrupar a un colectivo universitario cada vez más numeroso y, lo que es más importante, mejor protegido.

Para atender las necesidades de los cerca de 100.000 mutualistas y los más de 157.000 asegurados, PSN también ha incrementado su estructura territorial. De las 30 oficinas técnicas de las que disponía en 2001, se ha pasado a 116 hoy, muchas de ellas situadas en las instalaciones de los colegios profesionales o en sus inmediaciones.

Para gestionar esta estructura técnica, PSN ha procurado mantener y mejorar la capacitación y disponibilidad de sus recursos humanos. Así, en un entorno de paro irremediable, PSN ha logrado elevar su plantilla en cerca de un 60 por ciento en los últimos cinco años. Además, creando un empleo de calidad: más del 88 por ciento de los empleados de PSN disponen de contrato indefinido, porcentaje que sube hasta prácticamente el cien por cien en la Mutua, lo que es muy poco habitual en el sector asegurador.

Además de su actividad principal, la aseguradora, PSN ha logrado consolidar la prestación de una serie de servicios muy novedosos en su trayectoria, pero que recogen fielmente sus principios y necesaria evolución. Al ser ya innecesaria la previsión primaria que ofreció en sus orígenes, debido al lógico desarrollo de los sistemas públicos de seguridad social, PSN ha sabido centrarse y especializarse en la previsión complementaria, dando un salto cualitativo con la creación de dos líneas de servicio muy bien recibidas por los mutualistas: la atención a personas mayores, a través de la red de gerhoteles Los Robles; y la educación infantil gracias a la marca PSN Bicos, capaz de crear un modelo educativo de primer orden al tiempo que facilita la conciliación de la vida familiar y laboral de los mutualistas.



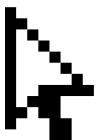
Miguel Carrero, presidente de PSN.

web de **la salud**.es



Pensando
en su
paciente

www.webdelasalud.es



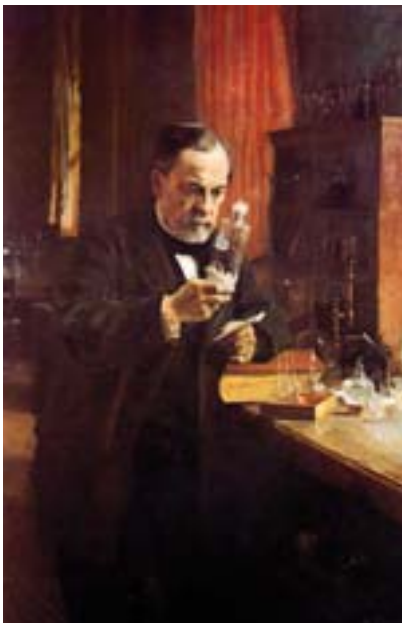
SANOFI PASTEUR MSD

Premio Información a Pacientes: Entidades

Vacunas para la vida, compromiso con la sociedad

FORMAR E INFORMAR TANTO A LOS PACIENTES, COMO A LAS PERSONAS SANAS EN EL VALOR QUE TIENE LA PREVENCIÓN CONTRA LAS ENFERMEDADES, DONDE LAS VACUNAS REPRESENTAN UN PAPEL FUNDAMENTAL, SUPONE UN COMPROMISO TAN IMPORTANTE PARA LA COMPAÑÍA COMO LA PROPIA INVESTIGACIÓN

Cada año, las vacunas salvan la vida a millones de personas y evitan que 750.000 niños sufran enfermedades discapacitantes, algo impensable hace apenas algo más de un siglo, cuando, a finales del XIX, enfermedades como la gripe, la poliomielitis o la viruela causaban la muerte a miles de ciudadanos. Para que esto sea así, ha sido necesario el esfuerzo humano y científico de muchas personas dedicadas, entre los que se encuentra el francés Louis Pasteur, quien marcó un antes y un después en el campo de la microbiología al desarrollar la primera vacuna de bacterias artificialmente debilitadas.



El científico Louis Pasteur desarrolló la primera vacuna de bacterias artificialmente debilitadas. Imagen del libro *Pasteur. Una vida singular, una obra excepcional, una biografía apasionante*.

Sanofi Pasteur MSD, fundada en 1994, es la única compañía europea dedicada exclusivamente al desarrollo de vacunas y su distribución por Europa, ofreciendo así protección a lo largo de toda la vida frente a 18 enfermedades como sarampión, paperas, rubéola, tétanos, difteria, varicela, gripe e infecciones por neumococo, ampliando el alcance de las vacunas actuales y desarrollando nuevas vacunas innovadoras.

En este sentido, el compromiso de Sanofi

Pasteur MSD con la sociedad se concreta en formar e informar tanto a los pacientes, como a las personas sanas, del papel que juega la inmunización en la prevención de enfermedades infecciosas. Ello supone un compromiso tan importante para la compañía como la propia investigación.

Durante el año 2011, Sanofi Pasteur MSD apoyó el desarrollo de varias iniciativas con el objetivo de dar a conocer la importancia de la prevención en la promoción de la salud desde la perspectiva de que la vacuna no solo protege a la persona que la recibe, sino que, al convertirse esta en un “no conductor” de la enfermedad, contribuye al bienestar de toda la sociedad. Asimismo, se reduce la carga de la enfermedad y sus consecuencias económicas, sociales y laborales, e incluso puede llegar a evitar la mortalidad en niños y adultos.

En esta línea, durante la presente temporada de gripe, Sanofi Pasteur MSD ha colaborado en la edición del *Manual de Supervivencia del Periodista* para un invierno sin gripe, con el objetivo de que los medios de comunicación puedan trasladar a la sociedad información veraz y rigurosa sobre el virus de la gripe. La compañía también ha apoyado la elaboración de materiales gráficos sobre dicho virus dirigida a la población general y a asociaciones de pacientes. El objetivo ha sido explicar de manera visual y simple cómo se disemina el virus de la gripe entre la población, las complicaciones que puede producir, así como el efecto barrera y protector que ejerce la vacunación, que es la manera más eficaz de evitar el contagio.

En definitiva, Sanofi Pasteur MSD apuesta por la información como vía para lograr una sociedad cada vez más informada sobre las enfermedades prevenibles y consciente de la importancia de la vacunación.

ALZHEIMER INTERNACIONAL 2011

Premio Información a Pacientes: Campaña Sanitaria

Mecenazgo: la llave de la investigación

PROMOVER LA INVESTIGACIÓN DEL ALZHEIMER ES LA ÚNICA FORMA DE LOGRAR VENCERLO ALGÚN DÍA. ASÍ LO ENTIENDEN LAS FUNDACIONES REINA SOFÍA Y PASQUAL MARAGALL QUE EL PASADO AÑO SE UNIERON EN LA REALIZACIÓN DE LA CAMPAÑA ALZHEIMER INTERNACIONAL 2011

La campaña *Alzheimer Internacional 2011* nació con el objetivo de promover la investigación en Alzheimer y enfermedades

neurodegenerativas para conseguir avanzar en el conocimiento del origen de sus causas, mejorar el diagnóstico precoz y hallar tratamientos efectivos que permitan reducir el número de afectados y detener el avance de estas patologías.

La importante inversión pública en I+D orientada a estas enfermedades necesita ser complementada con proyectos científicos no convencionales que puedan aportar nuevos conceptos, aproximaciones y enfoques multidisciplinares al conocimiento y la visión actuales.

Para ello, resulta fundamental aumentar la cantidad de recursos de origen privado y filantrópico que se destinan a estas líneas de investigación promoviendo el mecenazgo científico y las donaciones privadas a proyectos de investigación biomédica e innovación como los que impulsan la Fundación Pasqual Maragall y la Fundación Reina Sofía en el ámbito del Alzheimer y las enfermedades neurodegenerativas.

Alzheimer Internacional 2011 sirvió como plataforma para la generación de ideas y el intercambio de experiencias entre expertos y científicos del campo de las neurociencias de todo el mundo, además de convertirse en un acontecimiento público a través del cual la ciencia se acercó a los ciudadanos.

El acontecimiento central fue la cumbre *Global Alzheimer's Research Summit*, celebrada en el Palacio de Congresos de Madrid los días 22 y 23 de septiembre de 2011. La cumbre reunió a 2.100 profesionales procedentes del ámbito de la investigación básica y clínica y de la investigación sociosanitaria. Contó con zona expositiva y de proyectos arquitectónicos y se expusieron más de 200 comunicaciones.



A lo largo del año se celebraron dos reuniones más: la Reunión de Directores de Agencias Financiadoras de Investigación sobre Alzheimer,

en enero; y la de Directores Europeos de Estrategia de Investigación en Alzheimer, en marzo. Previo al inicio oficial de la campaña, pero ya en su entorno, se había estrenado a finales de 2010 el documental *Bicicleta, cuchara, manzana*, una emotiva aproximación al Alzheimer que aborda tanto la perspectiva científica como los aspectos humanos y emocionales que caracterizan la etapa posterior al diagnóstico, en general poco conocida.

La Fundación Pasqual Maragall para la Investigación sobre el Alzheimer es una entidad privada sin ánimo de lucro constituida en abril de 2008, como respuesta al compromiso adquirido por Pasqual Maragall (exalcalde de Barcelona y expresidente de la Generalitat de Cataluña) al anunciar públicamente que se le había diagnosticado esta enfermedad. La Fundación es impulsora del complejo barcelona@seta (Barcelona Research Complex for Better Aging), un proyecto científico de nueva generación y con fuerte componente social que integrará investigación, desarrollo, e innovación con asistencia y diagnóstico.

Por su parte, la Fundación Reina Sofía constituida en mayo de 1977, es una entidad mixta de carácter benéfico y cultural, sin ánimo de lucro y de naturaleza permanente. Desde 1994 gestiona y promueve numerosos proyectos educativos y sanitarios, así como de ayuda social y humanitaria de los que se han beneficiado niños, mayores, inmigrantes, discapacitados y afectados por catástrofes naturales. Desde 2002 una de las principales líneas de actuación de la Fundación ha sido el Proyecto Alzheimer, cuyo principal exponente es hoy por hoy el Centro Alzheimer de la Fundación Reina Sofía, situado en el madrileño barrio de Vallecas.

Lo raro es muy normal

COMPUESTA POR MÁS DE 200 ASOCIACIONES, FEDER TRABAJA DE FORMA INTEGRAL CON LAS FAMILIAS QUE SUFREN EL AISLAMIENTO Y LA SOLEDAD DE LAS ENFERMEDADES RARAS A TRAVÉS DE PROYECTOS Y SERVICIOS DESTINADOS A MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

Más de tres millones de familias conviven diariamente en España con una enfermedad de las denominadas raras, enfermedades poco frecuentes, poco conocidas y, en consecuencia, poco visibles. En lucha contra esa invisibilidad, la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) desarrolla una importante labor diaria que abarca la acción política, la social, la formación, la innovación, la visibilidad y la gestión asociativa.

Una enfermedad se considera rara cuando cada patología específica afecta a un número limitado de personas, concretamente, cuando afecta a menos de cinco de cada 10.000 habitantes.



Sin embargo, estas patologías poco frecuentes afectan a un gran número de personas, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cerca de siete mil enfermedades raras que afectan al siete por ciento de la población mundial. A la vista de estos datos, queda patente que, efectivamente, lo raro es muy normal.

La falta de información sobre las enfermedades poco frecuentes conduce a un peregrinaje doloroso para las familias. De hecho, casi el 50 por ciento de los aquejados no se siente satisfecho con la atención sanitaria que precisa, el 78 por ciento considera que ha sido tratado de modo inadecuado alguna vez por algún profesional sanitario y el 56 por ciento que la principal razón del trato inadecuado se basa en la falta de conocimientos sobre la enfermedad.

A todo ello se añade que el promedio de tiempo estimado para obtener un diagnóstico son cinco años.

Como respuesta a esta situación, la Federación pone a disposición del público de forma gratuita el Servicio de Información y Orientación (SIO), único servicio de atención integral a las familias con enfermedades raras en España. El SIO forma parte de la Red Europea de Líneas de Ayuda de Enfermedades Raras y supone el termómetro más importante de la situación de las personas afectadas por estas patologías en España.

Además, la Federación lleva a cabo multitud de acciones para darle visibilidad, y con ella peso social, a estas enfermedades. Entre esas acciones destacan la campaña de sensibilización de Día Mundial de la Enfermedades Raras, los Premios Feder y la Carrera por la Esperanza, a las que se unen la continua labor de información realizada a través de su página web y las redes sociales.

Otra de las actividades que la Federación desarrolló a lo largo del pasado año fue el Proyecto BURQOL-RD, un importante proyecto a nivel europeo impulsado por Fundación Canaria de Investigación y Salud que pretende generar un modelo para cuantificar los costes socioeconómicos relacionados con la salud de pacientes y cuidadores de diez enfermedades raras en siete países europeos, entre ellos, España.

En este proyecto la Federación, a través de sus departamentos de Acción Social y de Gestión Asociativa, está desarrollando un importante papel: dinamizar la participación de las familias y del movimiento asociativo en España, así como en el resto de países de la UE participantes. En diciembre de 2011 culminó en España la recogida de encuestas *on-line*, obteniendo unos resultados sobresalientes ya que se han superado las 790 respuestas. Las patologías involucradas en este proyecto de investigación son: distrofia muscular de Duchenne, epidermolisis bullosa, esclerodermia, fibrosis quística, hemofilia, histiocitosis, mucopolisacaridosis, síndrome de Prader-Willi, síndrome de X frágil y artritis juvenil idiopática.

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@spaeditores.com
Contacto: Lourdes Panizo

J O R N A D A

**Medical
Economics**

Vanguardia en Terapia Respiratoria Domiciliaria



Alicante, 9 de febrero de 2012

Con la colaboración de

**OXIMESA**
GRUPO PRAXAIR
www.oximesa.es

Información e inscripción (gratuita):
Rosana Sánchez.

Tel.: 91 500 20 77 - info@medeco.es

La innovación como sinónimo de salud

EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BÁSICA DE TOLEDO Y EL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE MADRID, INTEGRADOS EN SU RED INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN, EJEMPLIFICAN EL COMPROMISO DE JANSSEN CON LA I+D+I EN ESPAÑA

Uno de los pilares esenciales de Janssen es el apoyo constante que recibe de su matriz, Johnson&Johnson, para el descubrimiento y desarrollo de nuevos fármacos. En ese contexto global, España ocupa un lugar destacado. Desde su establecimiento en 1985, Janssen ha demostrado un inequívoco compromiso con la I+D+i en España. Prueba de ello es la creación de un Centro de Investigación Básica en



Química Médica (*Drug Discovery*) y el constante desarrollo y expansión de sus dos grupos de investigación: básica y clínica. De ese año data el Centro de Investigación Básica situado en Toledo, que forma parte de

la estructura mundial de I+D de Johnson&Johnson como uno de los cinco centros de *Drug Discovery* con los que cuenta Johnson&Johnson Pharmaceutical Research and Development (dos en Estados Unidos y tres en Europa), y uno de los pocos de este tipo que existen en España.

La I+D+i de Janssen en España se amplía al Departamento de Investigación Clínica de Madrid, que forma parte de la división internacional *Global Clinical Operations* y de cuyos proyectos de investigación participa. De esta manera, España colabora en la obtención de datos clínicos que formarán parte de los expedientes de registro de nuevos fármacos innovadores. La actividad investigadora de este Departamento se dedica a la realización de ensayos clínicos internacionales multicéntricos.

La apuesta investigadora de Janssen por nuestro país se

completa con la planta de producción de medicamentos en Alcalá de Henares, que fabrica para España y otros países de la Unión Europea, y la planta de vacunas en San Sebastián de los Reyes, que exporta a todo el mundo.

Janssen aplica a todos los campos de la investigación el verdadero valor de la innovación, especialmente en las áreas terapéuticas "donde es preciso innovar con valor", desde las pandemias de nuestro tiempo, como el VIH/Sida, hasta las enfermedades oncológicas (mieloma múltiple, cáncer de próstata) o inmunológicas (psoriasis). Entre los últimos medicamentos innovadores de la compañía aprobados y comercializados en España destacan tres. En primer lugar, Xeplion (palmitato de paliperidona) un nuevo antipsicótico inyectable de acción prolongada y administración mensual para el tratamiento de la esquizofrenia que permite mejorar los síntomas actuales de la enfermedad, prevenir las recaídas y reducir el número de hospitalizaciones. Este innovador tratamiento, desarrollado con nanotecnología, ofrece por una parte, la mejor tolerabilidad de los antipsicóticos atípicos con una eficacia reconocida y la ventaja de los tratamientos inyectables de larga duración, y por otra, el que el inicio de la acción clínica es muy rápido y eficaz desde la primera dosis.

En segundo lugar, Incivo (telaprevir), es un antiviral oral de acción directa, para el tratamiento de la hepatitis C que actúa como potente y selectivo inhibidor de la proteasa (IP) del virus de la hepatitis C crónica por el virus de genotipo 1, la forma más frecuente del virus de la hepatitis C (VHC). La última de las aportaciones de Janssen es Zytiga (acetato de abiraterona), un inhibidor oral de la biosíntesis de andrógenos, de administración diaria, cuya eficacia, seguridad y facilidad de uso servirá para cubrir una necesidad médica no cubierta para muchos pacientes, ayudándoles a vivir más tiempo con una mejor calidad de vida y menor dolor.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA (COMB)

Premio Mejor Actividad Colegial: Medicina

Más de cien años luchando por la profesión

FUNDADO EN 1894, EN LA ACTUALIDAD EL COMB CUENTA CON 30.000 AFILIADOS Y MÁS DE 300 EMPLEADOS Y PROFESIONALES QUE PRESTAN SUS SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN COLEGIAL Y EN SU GRUPO DE EMPRESAS DE SERVICIO

Entre las actividades desarrolladas por el COMB durante 2011 destaca la organización de un Fórum de la Profesión Médica de seis meses y en el que participaron cerca de 300 médicos. El Fórum del COMB ha planteado propuestas a la administración, a los centros y a los propios profesionales para mejorar la eficiencia con el objetivo de asegurar un servicio sanitario de calidad y fomentar la confianza en la relación paciente-médico.

Asimismo, el Colegio ha sabido conjugar un modelo organizativo propio y único mediante su corporación y su desarrollo empresarial –Grupo MED– con una posición de liderazgo en la opinión pública, en los profesionales y en el sector sanitario, para tratar de participar decidida y positivamente en la búsqueda y concreción de las respuestas a los nuevos retos que la actual situación plantea.

El COMB ejerce sus funciones públicas específicas relacionadas con el fomento, regulación y vigilancia del ejercicio profesional, y realiza un servicio al ciudadano mediante el registro profesional, la garantía de las buenas prácticas (Comisión de Deontología) y el ejercicio de la potestad disciplinaria.

También, en cumplimiento de sus funciones corporativas, ejerce la representación de la profesión médica ante la sociedad y promueve la mejora de las condiciones profesionales de los médicos y del propio sistema sanitario mediante el análisis, el estudio, la elaboración de documentos y propuestas, así como sistemas de participación, debate y reflexión. Para ello, tiene como prioridad el desarrollo de un ideario principal de referencia, esto es, el profesionalismo (autoexigencia, autorregulación, autonomía, implicación, capacidad de cambio y adaptación a nuevas necesidades y liderazgo) como punto de partida de la labor del médico en el sistema sanitario público y privado.

Una de las especificidades de la corporación ha sido la de construir una red de servicios propios dirigidos, funda-

mentalmente, a sus colegiados y familias en defensa de sus intereses, a la par que como instrumento de cohesión. Así, esta red está compuesta por un grupo de empresas –propiedad de la corporación– que, aparte de un rendimiento económico que supone a sus colegiados el disponer de una de las cuotas colegiales más bajas del conjunto de colegios profesionales (no solo de médicos) del Estado y de asegurar una independencia institucional, le permite



El actual edificio del COMB, inaugurado en 1968, supuso un hito en la Barcelona arquitectónica de la época.

proporcionar un servicio personalizado a sus miembros y a su vez tener un profundo conocimiento del tejido empresarial que le facilita el desarrollo de proyectos en beneficio de los médicos y de la sociedad en su conjunto. Fruto de esta experiencia son el modelo catalán de Responsabilidad Civil Profesional, el Programa del Médico Enfermo (PAIME), el Programa de Protección Social (PPS), la firma electrónica avanzada (Firmaprofesional), el Programa de Asesoramiento a la Innovación y a la Emprendeduría, etcétera.

Vocación de servicio social y profesional

MÁS DE 10.500 FARMACÉUTICOS INTEGRAN EL COFM, UNA CORPORACIÓN QUE DESARROLLA SU ACTIVIDAD DESDE 1558 IMPULSANDO PROYECTOS QUE HAN FORTALECIDO EL MODELO PROFESIONAL Y RENOVADO DEL COMPROMISO SOCIAL DE LA FARMACIA

La formación y excelencia profesional, la capacidad tecnológica y la mejora continua de los métodos de gestión son algunas de las prioridades que se ha marcado el COFM, que siempre ha buscado la máxima transparencia y participación del farmacéutico, así como la racionalización y eficiencia de los recursos en todas sus actuaciones. Máxime en los últimos años, que han estado y están marcados a fuego por la crisis y las medidas aprobadas por el Gobierno para reducir el gasto farmacéutico. Los ingresos y los márgenes netos del sector han quedado por ello merma- dos y también se ha visto condicionada la acción colegial.

Una de las prioridades de la Junta de Gobierno del COFM ha sido, por ende, asegurar la viabilidad económica de la red de 2.806 farmacias de la Comunidad de Madrid. Para ello, el Colegio firmó, el pasado 8 de febrero, un nuevo concierto que fija las condiciones administrativas y económicas de colaboración de las oficinas de farmacia con la Consejería de Sanidad para la prestación farmacéutica durante los próximos cuatro años. El nuevo marco es una base sólida que está aportando estabilidad económica y profesional a la farmacia en un momento de gran tensión financiera.

Al tiempo que se asegura este objetivo, el COFM viene trabajando en el terreno profesional ofreciendo una amplia cartera de servicios para los colegiados que incluye distintas asesorías, gestión de recetas, liquidación y pagos o información técnica sobre diferentes materias, entre otros servicios. Además, el nuevo concierto prevé el desarrollo de una futura cartera de servicios

asistenciales, cuyo fin es mejorar la salud y el bienestar de la población, además de optimizar al máximo los recursos económicos disponibles. Se trata del inicio para incorporar nuevos servicios profesionales en atención farmacéutica o seguimiento farmacoterapéutico de gran valor añadido para los pacientes, el Sistema Nacional de Salud y la propia farmacia, que verá así reconocido su importante papel en la promoción de la salud que ya promueve con distintas campañas de educación para la salud y la colaboración con asociaciones de pacientes.

Sin duda, plantea un reto profesional muy exigente que requiere el máximo compromiso y formación de los farmacéuticos. Por eso, el COFM apuesta por la formación y la actualización de conocimientos con nuevos cursos o la creación de la cátedra universitaria de Farmacia Asistencial. Además, ha sumado esfuerzos con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona (COFB) para crear Ágora Sanitaria, un novedoso portal de formación sanitaria virtual que permite a los farmacéuticos y otros profesionales de salud acceder con facilidad a la formación *on-line*.

Fruto de esta línea de trabajo con el COFB es también la organización conjunta de Infarma 2012, el *Congreso Europeo de Oficina de Farmacia. Salón de Medicamentos y Parafarmacia*, que se celebrará en Madrid, entre el 20 y 22 de marzo. El objetivo es que sea un lugar de encuentro profesional que contribuya a la reflexión y el debate sobre el presente y el futuro de la profesión farmacéutica.

Otro eje de actuación son las nuevas tecnologías y la búsqueda de soluciones rápidas y eficientes para los colegiados, mejorando, por ejemplo, la tramitación y gestión de las recetas tanto en soporte papel como electrónico. Con este fin, se dotará progresivamente a las farmacias madrileñas de un escáner para digitalizar las recetas en papel y los cupones precinto durante este año para abaratar el proceso y ahorrar tiempo.



Alberto García Romero,
presidente del COFM.

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE GUIPÚZCOA (COEGI)

Premio Mejor Actividad Colegial: Enfermería

Una apuesta de continuidad

POTENCIAR LA FORMACIÓN CONTINUADA, DAR VISIBILIDAD A LA PROFESIÓN ENFERMERA Y REORIENTAR EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES SON ALGUNOS DE LOS RETOS QUE HAN CONVERTIDO AL COEGI EN UNO DE LOS MÁS PUNTEROS DE SU SECTOR

El 20 de enero de 2004 el Colegio Oficial de Enfermería de Guipúzcoa con motivo de su centenario, y en su nombre, su presidenta M^a Jesús Zapirain, recibía la Medalla al Mérito Ciudadano de la ciudad otorgada por su capacidad de innovación y defensa del profesional y del paciente. Seis meses más tarde, el 18 de junio de ese mismo año, la presidenta recogía de manos del presidente del Consejo General de Enfermería de España, Máximo González Jurado, la Encomienda al mérito colegial, en su categoría de oro, del Consejo General de Enfermería de España, con lo que se distinguía al colegio guipuzcoano por sus valores en innovación y promoción de la enfermería.

Su prestigio le ha valido ser uno de los órganos elegidos en los últimos años para participar en el Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca; así como uno de los interlocutores que ha colaborado a lo largo de los últimos años, en la facilitación de enfermeras para trabajar en países como Italia y Francia o más recientemente, Finlandia.

El eje central que ha guiado al COEGI, que hoy cuenta con 5.000 colegiadas, ha sido promover y potenciar la formación continuada, dar visibilidad a la profesión enfermera, dar valor al colegio profesional, reorientar el desempeño de las funciones de los profesionales, tratando de evitar el intrusismo, así como el compromiso de dar respuesta al colectivo de enfermería a través de una comunicación fluida.

La presidencia continuada desde 1988 de M^a Jesús Zapirain en la presidencia y el apoyo de sus respectivas Juntas de Gobierno, ha servido para que el Colegio fijase estos objetivos y se pusieran los medios para alcanzarlos, trabajando siempre con planificación a partir de reflexiones estratégicas, siendo su primer Plan Estratégico de 1995. En la actualidad se trabaja en su cuarto Plan Estratégico 2011-2014.

En lo que se refiere a la formación, ha caracterizado a este Colegio el adelantarse a las demandas y a los tiempos.

Desde hace más de treinta años, ha mostrado una constante inquietud por ofrecer a su colectivo cursos de formación continuada. Así el número de horas lectivas no ha dejado de incrementarse desde sus inicios, alcanzando en 2011 las 7.648 horas lectivas a las que han acudido 3.593 colegiados.

Desde 2010 y tras la modificación de la Ley del Medicamento, que exige al profesional de enfermería acreditarse como enfermero prescriptor, ha sido uno de los primeros colegios en ofertar la formación en estas nuevas competencias, habiendo formado ya cerca de tres mil enfermeras.

Una de las claves de su éxito es estar muy pegado a la realidad de su colectivo. Para ello, propicia desde hace más de veinte años foros profesionales donde conocer de manera directa la opinión de sus colegiados y donde se analizan diferentes aspectos relacionados con la profesión, como el intrusismo, el paro o el concepto de profesión.

Por último, el Colegio da gran importancia a sus servicios de asesoría jurídica y comunicación interna y externa. El primero, orientado hacia la defensa legal de la profesión y los colegiados, es muy célebre por sus logros. Un ejemplo: el pasado mes de setiembre de 2011 el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco dictó una sentencia firme y por tanto no recurrible, a favor del Colegio, que determina que los técnicos especialistas de laboratorio no podrán realizar extracciones de sangre ni obtener muestras biológicas. Respecto a la comunicación interna y externa, el Colegio ha sido pionero en su interlocución con los medios de comunicación y en la implementación de las nuevas tecnologías con sus colegiados: web, sms, boletines digitales, revistas,...



María Jesús Zapirain, presidenta del COEGI desde 1988.

Soluciones tecnológicas que eliminan barreras

LA SALUD CENTRADA EN LAS PERSONAS ES EL LEITMOTIV DE PHILIPS
CUIDADO DE LA SALUD, UN EJE TEMÁTICO QUE APLICA A LA DOBLE
VERTIENTE DE PACIENTES Y PROFESIONALES

Con sede en Holanda, Royal Philips Electronics cubre todos los aspectos del cuidado de la salud y el bienestar, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas ofreciéndoles las innovaciones necesarias en el momento adecuado. La compañía es líder mundial en sistemas para cuidados críticos y cardíacos, y para telemonitorización.

Uno de su últimos y más vanguardistas equipos presentados en España es el PET/RM, que combina las modalidades de resonancia magnética y PET en un solo equipo. Ambos se sitúan a tan solo unos metros de distancia de tal manera que con solamente girar la camilla se puede someter al paciente a ambas pruebas. El equipo está disponible en Europa desde principios de este año y



El PET/RM de Philips combina las modalidades de resonancia magnética y PET en un solo equipo.

acaba de recibir la autorización para ser comercializado también en Estados Unidos. Por el momento, hay solamente 13 equipos en todo el mundo, uno de ellos en Madrid, en el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC).

Precisamente, el CNIC se ha convertido, desde su inauguración el pasado noviembre, en uno de los grandes aliados de Philips en el cuidado de la salud. Entre

los proyectos de investigación clínica proyectados en el CNIC se encuentran los estudios científicos PESA y METOCARD-CNIC, así como el proyecto de validación preclínica en enfermedad cardiovascular de una modalidad de diagnóstico completamente novedosa, el MPI (*Magnetic Particle Imaging*). Todos estos proyectos serán llevados a cabo utilizando la última tecnología de diagnóstico por imagen de Philips.

También en el CNIC se puede encontrar el equipo de ultrasonidos de última generación xMatrix de Philips con Transductor x6-1, que permite capturar imágenes volumétricas en 3D y 4D de alta resolución y en tiempo real. A diferencia de los sistemas de ultrasonidos 2D, que presentan limitaciones conocidas en cuanto al valor predictivo para la valoración del riesgo cardiovascular en humanos, este nuevo sistema permite obtener el volumen de un órgano mediante ecografía en el mínimo tiempo.

Otra de las innovaciones aportadas por Philips en el área de ultrasonidos es el sistema Sparq, un equipo móvil diseñado para ofrecer imágenes ecográficas inmediatas e intuitivas que permitan guiar los procedimientos en anestesia regional y terapias en las unidades del dolor, así como servir de equipo de cabecera para examinar a pacientes en las áreas de cuidados críticos y en los servicios de urgencia.

Un área especialmente importante para la compañía es el cuidado de la salud en el hogar, cuyo objetivo es reducir el tiempo que el paciente pasa ingresado en los hospitales cuando podría estar en su casa. En esa línea, Philips llevó a cabo en el Hospital German i Trias de Barcelona el estudio Carme que evalúa el sistema de telemedicina Motiva de Philips en pacientes con insuficiencia cardíaca severa, a los que se monitorizó en sus casas desde el hospital. El proyecto piloto ha mostrado una mejora tanto en la reducción de las hospitalizaciones como en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Sociedad Española de Medicina
y Seguridad del Trabajo

XIV Congreso

III Congreso Internacional de **Prevención de Riesgos Laborales**

Toledo | 17-19 de Octubre | **2012**

*La Salud Laboral y Prevención
de Riesgos, a debate:*

Información, Integración y Participación

Convoca



Sociedad Española
de Medicina y Seguridad
del Trabajo

www.semst.org

www.scmst.es

Organiza



Sociedad Castellana
de Medicina y Seguridad
del Trabajo

SECRETARÍA TÉCNICA

DRUG FARMA
CONGRESOS S.L.U.

C/ Antonio López, 249 (1.º) • 28041 Madrid • Tel.: 91 792 13 65/91 792 20 32
Fax: 91 500 20 75 • www.scmst.es • e-mail: lpnizo@drugfarmacongresos.com



PRICEWATERHOUSECOOPERS (PwC)

Premio Mejor Aportación en Gestión/Consultoría Sanitaria

Especialistas en crear valor

LA HISTORIA DE PRICEWATERHOUSECOOPERS SE ORIGINA EN 1849. DESDE ENTONCES MUCHAS COSAS HAN CAMBIADO EN LA FIRMA Y EN EL ENTORNO SOCIOECONÓMICO EN EL QUE TRABAJA, PERO ALGUNAS PREVALECN. POR EJEMPLO, SU AFÁN POR INNOVAR, EVALUAR Y PRIORIZAR OBJETIVOS PARA RESOLVER CUALQUIER PROBLEMA QUE SE PUEDA PLANTEAR

PricewaterhouseCoopers (PwC) es un referente mundial en la oferta de consultoría y asesoría, y en general en ofrecer servicios profesionales tanto a empresas privadas como administraciones públicas. La firma actual es resultado de muchos años de experiencia y de la fusión de varias empresas. Así, en los inicios de esta historia se sitúa la creación de dos despachos independientes, ambos en Londres: por un lado, el de Samuel Lowell Price, inaugurado en 1849, y al que se incorporaría como socio en 1864 Edwin Waterhouse,

dando origen a Price Waterhouse; y, por otro, el de William Cooper, en 1854.

La llegada de Price Waterhouse a España se produce en 1929. En paralelo, nace en 1963 la firma Hispano Suiza de Revisión, que con el tiempo pasará a llamarse Revispana

y Coopers & Lybrand. En 1997 estas dos historias paralelas confluyen al anunciar la fusión de ambas firmas que será finalmente aprobada en 1998 dando lugar a la actual PricewaterhouseCoopers.

Desde entonces PwC ha evolucionado con el mercado y sus clientes pero sin perder nunca de vista los valores que la definen: excelencia, trabajo en equipo y liderazgo. Para la consultora no se trata de conceptos teóricos, sino de comportamientos que forman parte de su práctica profesional y que la impulsan a alcanzar sus metas.

Además, sitúan en eje central de su actividad a personas y clientes. La base filosófica de la empresa se

complementa con la visión de un negocio sostenible y responsable que se manifiesta en el comportamiento diario.

PwC está estructurada como una red de firmas separadas. Las diferentes firmas que forman parte de la red son entidades legales separadas e independientes, cada una de las cuales opera de manera individual, si bien están conectadas a nivel internacional con las otras firmas miembro que forman parte de la red PricewaterhouseCoopers International Limited. Esta estructura de red ofrece a las firmas de PwC flexibilidad para operar tanto a nivel local como internacional, creando una plataforma en la que comparten conocimiento, habilidades y recursos.

Además de su estructura en red, el gran pilar de PwC son sus empleados. Para crear el valor que busca el cliente, en PwC apuestan por el desarrollo de sus profesionales, con el objetivo de que alcancen el más alto nivel de conocimientos técnicos y habilidades personales con una fuerte inversión en formación de 27.449.500 euros durante el ejercicio fiscal 2010. Durante ese ejercicio se dio especial importancia al tutor, clave para garantizar una trayectoria profesional ascendente y para identificar y retener a los profesionales.

Además de su estructura en red, el gran pilar de PwC son sus empleados. Para crear el valor que busca el cliente, en PwC apuestan por el desarrollo de sus profesionales, con el objetivo de que alcancen el más alto nivel de conocimientos técnicos y habilidades personales con una fuerte inversión en formación de 27.449.500 euros durante el ejercicio fiscal 2010. Durante ese ejercicio se dio especial importancia al tutor, clave para garantizar una trayectoria profesional ascendente y para identificar y retener a los profesionales.

En España, la consultora cuenta con más de 3.600 profesionales, 98 de los cuales son socios y más de tres mil son personal de servicio al cliente.



Carlos Mas Ivars preside PwC España desde 2006.



JUAN ABARCA CAMPAL

Premio Especial a la Trayectoria Profesional

Visionario de la medicina privada

MILITAR, CIRUJANO, EMPRENDEDOR. SIEMPRE MÉDICO. EL CREADOR DE HM HOSPITALES HA HECHO DE SU VIDA UNA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SIEMPRE CON RIESGO, SACRIFICIO Y GENEROSIDAD.

[Por G. S. S.]

Vocación temprana. Con algo más de diez años de edad ya iba con su primo por los pueblos, ayudándole en las operaciones quirúrgicas con los separadores. De ahí, tal vez, el que su madre quisiera que fuera médico. Pero su padre se inclinó por que hiciera la carrera militar. Así es que Juan Abarca Campal (Ciudad Rodrigo, Salamanca, 1944), contentó a los dos. Y encontró más tarde, a partir de 1988, su, quizá, verdadera vocación: ser empresario de la salud.

En lo castrense (Ejército del Aire) llegó a ser Teniente Coronel de la Sanidad Militar, tras pasar por la Academia de Zaragoza. En el arte de curar, se especializó en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Ejerció de cirujano en La Paz y fue jefe de equipo de Cirugía General de la Seguridad Social a lo largo de dos décadas. Formó parte del equipo médico de Franco que lo intervino en septiembre de 1975. De esa época como médico militar recuerda en su libro de memorias *Cinco litros de sangre*: “He operado a una cantidad de pacientes equivalente a cinco tendidos de toros”.

Como emprendedor sanitario, creó un grupo de hospitales que, desde su ubicación en la Comunidad de Madrid, ha traspasado fronteras terrestres y marítimas. Su primera creación, el inicio de HM Hospitales, fue el antiguo Hospital de San Pedro de los Naturales, inaugurado como Hospital de Madrid en 1990. Se materializaba así su proyecto de un hospital privado gestionado por médicos clínicos y que estos fueran copropietarios del mismo, que ejercieran su profesión con libertad y que ofrecieran una buena calidad asistencial. Un hospital donde no existieran barreras entre el médico y el paciente.

Pero Abarca Campal enseguida se dio cuenta de que no podía ser cirujano y empresario a la vez. Así es que en 1992 abandonó el bisturí y la bata blanca, se puso el traje y la corbata y se armó de ideas e iniciativas emprendedoras, que su esposa Carmen Cidón, médico también, arropó e impulsó. Como presidente y consejero delegado tomó las riendas del negocio. Después, en 1998, vendría el Hospital de Montepíncipe, en Boadilla del Monte,

“un centro que ha marcado un antes y un después dentro de la medicina privada española”, según sus palabras. Le siguieron los hospitales de Torrelodones, Sanchinarro y el Centro Integral Oncológico Clara Campal, ejemplo de un puntero centro de investigación biomédica, y recientemente el Nuevo Belén. Hospitales todos ellos acreditados con las más exigentes normas de calidad. A los que hay que sumar cinco policlínicos y acuerdos con otros tantos.

A raíz de la presentación de *Cinco litros de sangre*, en junio de 2007, Francisco Umbral, paciente y amigo de Abarca Campal, lo definió como “un salmantino con silencios de galaico, un hombre de la ciencia, la amistad, la calle y los viajes”. Dijo también que era un hombre que juega siempre a convertir la obligación en oficio y la singularidad en imagen.

Y es que lo de Juan Abarca siempre ha sido prestar un servicio –militar, cirujano, escritor, empresario– con humildad, con entrega, casi siempre desde el silencio y siempre con riesgo, sacrificio y generosidad.

De ahí la proliferación de premios y reconocimientos que atesora, de entre los que destacamos dos: la Gran Cruz de la Sanidad Madrileña y la Cruz Pro Ecclesia et Pontifice, compartida con su esposa, concedida por el Papa Juan Pablo II en 2005 “en reconocimiento de su espíritu de colaboración con la Iglesia y de su particular atención a los muchos sacerdotes que acuden a los centros que dirigen en la capital de España”.



Juan Abarca Campal, consejero delegado del Grupo HM Hospitales.

FUNDACIÓN JOSEP CARRERAS

Premio Especial Medical Economics IX Aniversario

Un tenor de pura sangre

EL INSTITUTO INTERNACIONAL JOSEP CARRERAS DE INVESTIGACIÓN CONTRA LA LEUCEMIA ECHÓ A ANDAR EL AÑO PASADO CON LA CONTRATACIÓN DEL EQUIPO GERENCIAL Y EL INICIO DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS

[Por **GONZALO SAN SEGUNDO**]

Julio de 1987. Carreras se encuentra en París grabando una versión cinematográfica de *La Bohème* de Puccini (uno de sus autores preferidos). Dirige Luigi Comenini. Empieza a sentirse mal y acude al Hospital Americano de París. El diagnóstico llega 48 horas después: leucemia. Terrible, pero resignación positiva. Se traslada al Clínic de Barcelona, donde le realizan un trasplante de médula.

“En la habitación de al lado había un niño de 14 meses con leucemia, y me dije: ¿Cómo tienes la desfachatez de quejarte? Has tenido una vida maravillosa”, relata en una reciente entrevista. Y en las sesiones de quimioterapia



Con la creación de su Fundación, Josep Carreras pretende devolver a la sociedad "un testimonio permanente de gratitud".

cantaba arias de ópera con la boca cerrada. Dos anécdotas que descubren el lado humano y profesional de este célebre embajador español del *bel canto*.

Un año después, el 14 de julio, recuperado ya de la enfermedad, crea en Barcelona la Fundación Internacional Josep Carreras para la Lucha contra la Leucemia. Con ello quiere devolver a la ciencia médica y a la sociedad “un tes-

HITOS DE LA FUNDACIÓN

- 1988** Josep Carreras crea la fundación que lleva su nombre y la dedica a luchar contra la leucemia.
- 1989** Con fondos de la fundación, se inaugura la Unidad de Trasplantes en el Hospital Clínic de Barcelona.
- 1990** La fundación se crea en Estados Unidos y Suiza.
- 1991** Creación del Registro de Donantes de Médula Ósea (Redmo).
- 1994** Acuerdo Marco con el Ministerio de Sanidad reconociendo a Redmo como parte del SNS.
- 1995** Se crea la fundación en Alemania.
- 1998** Recibe la Primera Placa Josep Trueta de la Generalitat de Cataluña al mérito sanitario.
- 1999** Inauguración de la Unidad de Trasplantes Josep Carreras en el Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona).
- 2001** El programa Redmo alcanza la cifra de mil donantes compatibles localizados.
- 2004** Inauguración de la Factoría Celular Josep Carreras del Centro de Transfusión y Banco de Tejidos del Servicio Catalán de Salud.
- 2005** Se alcanza la cifra de diez millones de donantes en todo el mundo.
- 2009** Fusión con la Fundación Farreras-Valenti.
- 2010** Se crea el Instituto Internacional Josep Carreras contra la leucemia.
- 2011** El Instituto se pone en marcha con los 15 millones de euros que aporta la Fundación.

timonio permanente de gratitud” por el apoyo y afecto que había recibido durante su proceso patológico. La crea con el apoyo de un prestigioso grupo de médicos, entre los que se encuentran Ciril Rozman, Albert Grañena y Evarist Feliu; algunos empresarios, como el publicista Lluís Bassat, y el propietario de la empresa Titán, Joaquim Folch-Rusiñol, y el director general de Honda en España, Marcel Pasqual. Y la ayuda de su familia.

Carreras, hijo de guardia urbano y madre peluquera –“continúo siendo aquel chico de Sants”, dice–, se pone al frente de su fundación, que realiza múltiples actividades con el fin último de que la leucemia se cure en un cien por cien de los casos. Desde conciertos benéficos, en los que normalmente el tenor es el protagonista, hasta la financiación y promoción de proyectos de investigación, pasando por una acción social que se traduce en poner a disposición de los pacientes y sus familiares con pocos recursos económicos un red de media docena de pisos de acogida cercanos a los principales hospitales de Barcelona.

Tras extender sus tentáculos a Estados Unidos, Alemania y Suiza y fusionarse con la Fundación de la Escuela de Hematología Farreras Valentí, la Fundación Josep Carreras crea en noviembre de 2010 el Instituto de Investigación contra la Leucemia Josep Carreras en la que participa mayoritariamente la Generalitat de Cataluña. Es el primero que se crea en España focalizado exclusivamente en la leucemia y otras enfermedades hematológicas. Sus actividades, repartidas entre los hospitales Clínic de Barcelona y Germans Trias i Pujol de Badalona, ya se han puesto en marcha, sufragadas con los 15 millones de euros que la fundación ha donado al Instituto.

El tenor interpreta muchas arias en su devenir profesional. Ahora, las cartas que recibe de los niños trasplantados de médula ósea componen el coro de una melodía en un DO RE MI FA SOL LA SI sostenido y ascendente. Una melodía en pos de la luz, como río de aguas cristalinas que serpentea por el bosque umbrío.

El niño de Antonia la peluquera continúa, a sus 65 años, haciendo bandera de los valores que le inculcó su madre (murió de cáncer): “Lucha por lo que quieras y no olvides tener rigor moral: ser honesto, respetuoso, amigo de tus amigos”, recuerda Carreras en su libro de memorias *A viva voz*, un valiente testimonio que se eleva como un canto a la vida, al esfuerzo y a la esperanza.

A esos valores suma, desde hace casi 23 años, los que exhibe su fundación en su labor cotidiana. Y, personalmente, refuerza su vitalidad y optimismo escuchando el concierto número 2 para piano y orquesta de Rachmaninov.

A VIVA VOZ

Josep Carreras i Coll nació en Barcelona el 5 de diciembre de 1946. De niño ya mostraba aptitudes musicales, lo que pudieron comprobar en 1951 los pasajeros del barco que le trasladó con su familia a Buenos Aires. Tres años más tarde, con ocho de edad, debutó en la radio española cantando *La donna è mobile*, un aria de la ópera *Rigoletto*, de Verdi. Precisamente serán Verdi y Puccini, sus autores preferidos y probablemente los que más fama le han dado. Con una obra de este último, *La Bohème*, y otra de Falla, *El retablo de Maese Pedro*, debutó a los 11 años en el Liceo barcelonés representando papeles menores.

Con estos antecedentes, el destino de Carreras estaba claro: el Conservatorio Superior de Música del Liceo. Tras sus estudios, coincidió por primera vez con Montserrat Caballé en Barcelona, en 1970, que se quedó prendada, musicalmente hablando, de aquel joven que hacía de Ismael en *Nabucco* (otra vez Verdi), y en la ópera *Norma*, de Bellini, que ella misma protagonizaba.

En ese encuentro, Caballé le invitó a cantar en la producción *Lucrezia Borja*, lo que constituyó el primer gran éxito de Carreras. Volvió a cantar con la soprano al año siguiente en Londres, en *Maria Stuarda*, de Donizetti. A partir de entonces, ambos cantantes han

coincido en diversas óperas.

Desde 1972 aparece y reaparece en los mejores teatros de ópera de Estados Unidos, Londres, Milán, Viena, y en los festivales de Salzburgo, Edimburgo, Verona... Y bajo la dirección de las mejores batutas: Karajan, Abbado, Muti, Maazel, Chailly, Davis, Sinopoli, Bernstein, Metha y un largo etcétera.

En 1987, la leucemia puso un paréntesis en su brillante carrera, que reanudó tras su recuperación y la creación, al año siguiente, de la fundación que lleva su nombre y cuyo fin es luchar contra esta enfermedad. En 1990, en las Termas de Caracalla, en Roma, volvió a mostrar al mundo su categoría profesional –y humana– en el Concierto de los Tres Tenores, junto a Plácido Domingo y Luciano Pavarotti.

Su voz siguió cosechando otros triunfos. A la Medalla de Oro que recibió de la Generalitat de Cataluña en 1984, se unió en 1991 el Príncipe de Asturias de las Artes; inauguraciones de plazas y teatros con su nombre en diversos puntos de España, condecoraciones nacionales e internacionales, Doctor Honoris Causa por múltiples universidades, medallas y discos de oro y platino y un largo etcétera de premios y reconocimientos.

Pero Carreras ha recogido su voz más íntima y personal en el libro *Memorias a viva voz*, (Plaza & Janés), escrito en colaboración con su amigo, el periodista Màrius Carol, y publicado con motivo de su 65 cumpleaños.



JOSÉ CAMILO VÁZQUEZ Y M^a PILAR ARROYO*Premio III Certamen de Artículos Medical Economics*

Medicina que 'cuenta'... y enseña

DOS HISTORIAS DE HUMANIDAD QUE TRASPASA LO MÉDICO, DE PACIENTES QUE SON MUCHO MÁS QUE UNA HISTORIA CLÍNICA Y DE MÉDICOS CAPACES DE PERCIBIRLO HAN RESULTADO GANADORAS ESTE AÑO DEL CERTAMEN DE ARTÍCULOS MEDICAL ECONOMICS 2011.

M^a Pilar Arroyo Aniés, médico de familia en la Zona Básica de Huarte-Esteribar (Navarra), y José Camilo Vázquez Caubet, residente de psiquiatría en el Hospital 12 de Octubre de Madrid fueron los ganadores del III Certamen de Artículos *Medical Economics*, fallado el pasado mes de diciembre.

El Certamen, que es una réplica del que organiza la edición americana de *Medical Economics* con carácter anual desde hace una década, está dirigido a licenciados en Medicina o Farmacia y diplomados

en Enfermería con ejercicio profesional en España y que presenten artículos inéditos que aborden aspectos relacionados con la práctica médica, tales como soluciones a problemas clínicos, vivencias personales, enseñanzas derivadas de juicios o demandas, etcétera. Gracias al patrocinio de IberoCruceiros los ganadores pueden disfrutar de sendos crucesos: valorado en 3.000 euros en el caso de la categoría Gran Premio y en 2.000 en el caso del Premio Plus Médicos Jóvenes.

¡Qué vergüenza! es el título que le ha valido a M^a Pilar Arroyo el galardón en la cate-

goría Gran Premio. La autora está especializada en medicina familiar y comunitaria y no es novel en estos lances literarios, ya que cuenta en su haber con, entre otros, el premio al mejor relato en el Concurso de Relatos de la Semana sin Humo.

En *¡Qué vergüenza!*, Pilar presenta la historia de uno de esos pacientes llamados a ser especiales en la carrera profesional de su médico ya que logran que la neutralidad de la ciencia se transforme en emoción humana y hacen de los detalles no clínicos una parte esencial del proceso de curación, quizá

no del proceso de curación físico pero sí de esa otra curación emocional o psicológica que no pocas veces resulta determinante para la recuperación total del paciente. Un ejemplo más de que la comunicación médico-paciente tiene muchas más caras de las que se pueden apreciar a simple vista.

Por su parte, Camilo José Vázquez se adentra con su relato *El evolutivo* (*Narrativa no-ficción en la planta de hospitalización psiquiátrica breve*) en la complejidad añadida que supone

el acercamiento y el trato diario con un enfermo mental. Humor, sensibilidad y un moderno estilo literario definen esta pieza ganadora de la categoría de Médicos Jóvenes.

El autor, licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid y máster especialista en Psicoterapia, perspectiva integradora por la Universidad de Alcalá de Henares, es residente de psiquiatría en el Hospital 12 de Octubre desde mayo de 2009. Además, de participar activamente en investigaciones y proyectos vinculados a su especialidad, procura no dejar de lado el desarrollo paralelo de su parte más humanista y creativa. Prueba de ello son sus experiencias como redactor jefe de la *Revista Universitaria Antebarr* durante los años 2003-2006 o el segundo premio logrado en el primer certamen de relato corto de los Colegios Mayores de Madrid en 2006.



M^a Pilar Arroyo, ganadora del Gran Premio.



José Camilo Vázquez se ha hecho con el galardón en la categoría Médicos Jóvenes.

revista-curso

spanish doctors

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

Por médicos y para médicos

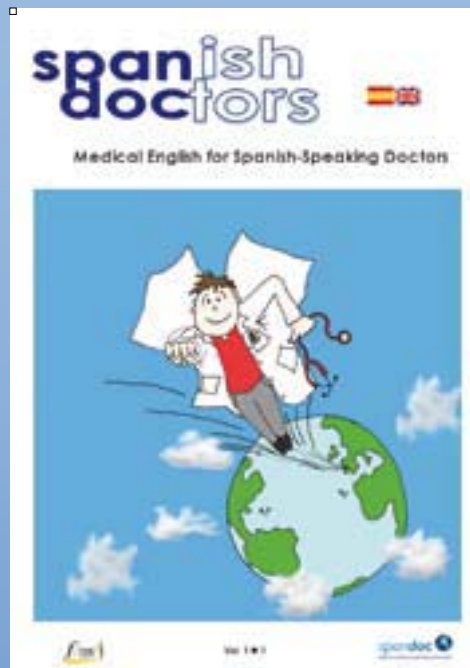
El inglés **real** que necesitas para
comunicarte en eventos, estancias
internacionales y publicaciones

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

72 HORAS LECTIVAS

Declarada de interés científico-sanitario por la Organización Médica Colegial
Más información en www.ffomc.org y www.spandoc.com



La consulta de sus sueños

UN DIRECTOR DE CONSULTA COMPARTE SU OPINIÓN SOBRE LA FORMA DE CREAR UNA CONSULTA MÉDICA CENTRADA EN EL PACIENTE

[Por **L. GORDON MOORE**]

Todo lo que se ha hablado sobre el apoyo a la Atención Primaria debería suponer un alivio para los debilitados y diezmos trabajadores de una especialidad que lucha por sobrevivir a un método de pago y a un entorno político tóxicos.¹ Sin embargo, continúa el temor a que no se trate más que de un apoyo de boquilla que oculta más mandatos sin respaldo financiero con el que pagar los montones de datos administrativos a fin de satisfacer a las legiones de empleados al mismo tiempo que crecen los ingresos de todo el mundo menos de las consultas de Atención Primaria.

A pesar de este escepticismo, algunas consultas de AP se transforman siguiendo las líneas de las consultas médicas centradas en el paciente, administrando cuidados que mejoran los resultados y la experiencia de la atención y reducen el uso evitable de urgencias y hospitales. Las lecciones aprendidas de este primer éxito pueden ayudar a que otros triunfen también.

He trabajado mucho para rediseñar mi propia consulta de Atención Primaria, y a través de mi colaboración con el Instituto para la Mejora de la Atención Sanitaria y con

la organización sin ánimo de lucro Consultas Médicas Ideales, he ayudado a muchas otras consultas en su lucha por mejorar. En este trabajo, he visto fracasar muchos esfuerzos por cuestiones de política, pago, medidas o implementación. Entretanto, los costes siguen subiendo, cada vez más personas tienen dificultades a la hora de obtener cuidados médicos debido a la situación económica, y los indicadores de calidad de Estados Unidos están por detrás del resto del mundo desarrollado.²

Rediseñar el sistema de administración de la atención sanitaria es esencial si pretendemos mejorar la calidad y reducir las tendencias de los costes. Debemos examinar los fracasos de nuestro sistema y los errores en nuestra forma de enfocar la mejora, así como encontrar maneras innovadoras que nos ayuden a seguir adelante.

En este artículo, hablaré sobre el análisis de la Atención Primaria de alta calidad tanto en mi consulta como en otras, de los fallos en los enfoques actuales de medición de la Atención Primaria y de mejora de la calidad, y de un camino a seguir que conecte mejor el rediseño del sistema con los resultados que deseamos obtener.

Antes de que pueda analizar el rediseño del sistema de administración, debo reiterar el problema evidente de que en gran parte de los escenarios clínicos aún nos castigan económicamente cuando luchamos por la excelencia en la Atención Primaria. Debemos contar con nuevos modelos de pago que respalden tanto la excelencia como los objetivos de mejorar los resultados para reducir el uso evitable de urgencias, especialistas y hospitales.

UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA

En 2001, tras años de proyectos de rediseño del flujo de trabajo de la Atención Primaria en un centro médico universitario y en clínicas ambulatorias afiliadas, y luego junto con el Instituto para la Mejora de la Atención Sanitaria, lancé una consulta prototipo centrada en analizar las bases de la Atención Primaria de alto rendimiento en las consultas médicas. La consulta estaba organizada en torno a los principios de mejora de acceso, relación, comunicación y coordinación.

Las tecnologías de la información nos permitieron reducir los gastos generales, proporcionándonos el tiempo necesario para implementar los principios mencionados anteriormente.³ El éxito anecdótico del modelo atrajo un gran interés por parte de los médicos, y juntos creamos una comunidad de interés común en Internet.⁴

En 2005, una generosa subvención de la Fundación de Médicos nos brindó la oportunidad de explorar la difusión de este enfoque y la medición de la calidad en la asistencia primaria.

Nuestro equipo de proyecto invitó a las consultas a participar en conferencias cada dos o tres semanas, utilizar un currículum y otros recursos en línea y utilizar un enfoque alternativo de medición de la calidad en mejor sintonía con la mejora de la población general. Los voluntarios recibieron preparación para cambiar su sistema de administración, acceso a un asesor sanitario y uso de una herramienta para iniciar sus consultas en el camino del respaldo de la autoeficacia del paciente y los mejores resultados.⁵

Pretendíamos evitar lo que consideramos errores inherentes al enfoque actual de mejora y medición de la calidad en la asistencia primaria. Las consultas con las mejores intenciones y esfuerzos suelen equivocarse al dar prioridad a la excelencia en la gestión de enfermedades frente a la excelencia en la asistencia primaria. Hacerlo es importante porque una asistencia primaria eficaz es la base de los sistemas sanitarios de alto rendimiento, mientras que la gestión de enfermedades no lo es.⁶

El paradigma de medición actual está dominado por el supuesto de que una gestión de enfermedades y una tecnología sanitaria mejores resolverán todos nuestros problemas. Aunque una buena tecnología bien implementada puede permitirnos obtener mejores procesos y resultados, la gestión de enfermedades tiene una historia irregular. Décadas de financiación y atención a la gestión de enfermedades no han podido generar los resultados

de población, la mejora de la experiencia del paciente y las reducciones del coste per cápita necesarios. Importantes estudios poblacionales identifican la asistencia primaria como la base de los sistemas sanitarios de alto rendimiento.⁷

La asistencia primaria es intrínsecamente diferente al resto del sistema de administración sanitaria. Es el primer punto de acceso, establece relaciones a lo largo del tiempo, proporciona servicios integrales y coordina los cuidados a través del resto del sistema sanitario.⁸

Los intentos por medir la eficacia de la asistencia primaria en “pautas de adherencia en porcentaje para una mejor gestión de enfermedades” o “cuántas cosas de esta lista puede llevar a cabo su tecnología de la información sanitaria” no refleja la esencia de la asistencia primaria y, por tanto, no refleja lo que hacemos, que es justamente lo que nos ayudaría a alcanzar nuestros objetivos de una mejor salud de la población y de una mejor experiencia de la atención, al mismo tiempo que se frena el incremento de los costes sanitarios. Es posible que cada uno de los conceptos de la extensa guía *Conexiones de Consultas Médicas-Centro Médico Centrado en el Paciente (PPC-PCMH)* del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) esté justificado, pero carece de importancia en relación a los atributos básicos de la asistencia primaria. Aunque correcto a nivel técnico, el enfoque no tiene en cuenta la compasión y la humanidad, que son elementos intrínsecos a los buenos cuidados, aunque medirlos puede resultar complicado.

Una anécdota como ejemplo: Hablé con un médico investigador que estaba evaluando la implementación de los centros médicos. Visitó muchas consultas. Algunas habían alcanzado el nivel III de la PPC-PCMH del NCQA pero eran frías e impersonales y tenían problemas con su forma de atender a los pacientes (esperas y retrasos, etcétera). Visitó una consulta menos tecnológica que no hubiera recibido ningún reconocimiento del NCQA pero que resultó estar volcada en sus pacientes, conocerlos bien y tratarlos con dignidad, respeto y auténtica atención. Me aseguró que llevaría allí a su madre.

“CENTRADO EN EL PACIENTE” SIGNIFICA RESPALDAR LA AUTOEFICACIA

La tecnología de la información sanitaria y la atención centrada en el paciente no son conceptos que se excluyan mutuamente siempre que la implementación de una de ellas no interfiera con la otra.

La gente vive la mayor parte del tiempo fuera de nuestras consultas y debe elegir a diario entre mejores o peores

PUNTOS CLAVE

A pesar de este escepticismo, algunas consultas de Atención Primaria se transforman en centros médicos centrados en el paciente.

Debemos contar con nuevos modelos de pago que respalden la excelencia en la atención primaria.

La autoeficacia del paciente es uno de los medios más eficaces para modificar la conducta y mejorar los resultados.

caminos basándose en un conjunto de variables tremendamente complejo. Ayudar a mejorar la autoeficiencia es uno de los medios más eficaces de cambiar la conducta y mejorar los resultados.⁹

Nuestro proyecto utilizó un recurso *on-line* (HowYourHealth.org) para desvelar complejas cuestiones conductuales que se dan entre los pacientes y sus resultados.¹⁰ Se pregunta a los pacientes si creen que sus fármacos les hacen mal, si tienen la información que necesitan para controlar sus enfermedades y si disponen de apoyo familiar o social. Estas y otras preguntas descubren cuestiones que están en la raíz de lo que a menudo se llama no adherencia.

Los participantes aprendieron a descubrir y abordar estas cuestiones con una mezcla de resolución de problemas, toma de decisiones compartida, visitas de grupo y asesoramiento sanitario. Una red comunitaria de centros de salud en Carolina del Sur vio cómo su porcentaje de pacientes con hipertensión bien controlada mejoraba tras incrementar la confianza en sí mismos.¹¹

MEDIR LO QUE ES IMPORTANTE

Como ya mencionamos anteriormente, el paradigma de medición actual no refleja la importancia de una base sólida en asistencia primaria, poniendo excesivo énfasis en los detalles (Starfield, 2009). Si los sistemas sanitarios de alto rendimiento se apoyan en una base de asistencia primaria eficaz, más vale que midamos las características esenciales de esta:

- primer punto de contacto;
- cuidados centrados en las personas (frente a los centrados en las enfermedades) a lo largo del tiempo;
- rigurosidad de los cuidados; y
- coordinación de los cuidados para las personas que los necesitan más allá de la capacidad del marco de la Atención Primaria.

Resulta que los pacientes pueden informar con exactitud de sus experiencias en relación a cada una de estas características esenciales.¹² Pueden informar sobre el acceso y el grado en el que reciben relaciones curativas continuas, en el que participan en la toma de decisiones compartida y en el que ven cumplidas sus necesidades y sus cuidados coordinados por su consulta de asistencia primaria.¹³ La buena experiencia de los pacientes con los cuidados que reciben guarda relación con los buenos resultados (véase la tabla a la izquierda).

Según todos nuestros indicadores de calidad, los voluntarios del proyecto Consultas Médicas Ideales respondieron mejor que los que seguían la norma nacional;¹⁴ además, los participantes más comprometidos con el proceso, estando este compromiso definido por el uso de la herramienta de intervención, tuvieron en general mejores resultados con el tiempo.

Uno de los problemas con muchos de los enfoques de medición actuales es que no consiguen proporcionar datos fiables a los médicos individuales. Existe una variabilidad considerable entre los médicos, incluso dentro de la misma consulta.¹⁵ Los médicos suelen ser personas inteligentes, trabajadoras y atentas que, a veces tienen dificultades en creer que los datos negativos a nivel de grupo o de consulta tengan algo que ver con ellos a nivel personal. Motivar el cambio en los médicos individuales requiere datos exactos que reflejen el trabajo de cada uno de ellos o de su equipo inmediato.

Los pequeños denominadores de hospitalizaciones, visitas a urgencias u otros resultados importantes y evitables presentan demasiada variabilidad para los médicos individuales de la asistencia primaria. Los datos de las reclamaciones clasificados por enfermedad y específicos de los planes de salud suelen enfrentarse a denominadores insuficientes. Aunque estos datos proporcionan valiosos comentarios y responsabilidades de grupo y de red, se necesitan más datos para permitir que los individuos tomen medidas para abordar estos problemas en sus propias consultas.

La experiencia del paciente ofrece datos de denominador muy amplios que son estables a nivel del médico individual de asistencia primaria. Estos datos no solo permiten que los médicos individuales identifiquen los problemas, sino que también abren la puerta a la inclusión de las consultas individuales y muy pequeñas en la mejora de la calidad y los nuevos modelos de pago. Las consultas independientes necesitarán formar algún tipo de red a fin de poder hacerse con una masa crítica de pacientes para hacer un seguimiento de los eventos evitables, aunque pueden utilizar los datos de la experiencia

EFFECTOS ECONÓMICOS DEL TRATAMIENTO/LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS DE COLABORACIÓN*

Medición	Buen cuidado de colaboración	Mal cuidado de colaboración
El último tratamiento alivió el dolor	34,7%	9,6%
El último tratamiento alivió los problemas emocionales	34,8%	12,5%
Los pacientes con hipertensión, enfermedades cardiovasculares o diabetes tuvieron una tensión sistólica < 140	74,8%	64,6%
Los pacientes informaron sobre posibles problemas con sus fármacos	8,6%	20,1%
Los pacientes pasaron al menos un día en casa por enfermedad en los últimos tres meses	26,9%	31,6%
Los pacientes informaron de que los problemas físicos o emocionales limitaron su capacidad para trabajar en las últimas dos semanas	18,0%	33,4%
Los pacientes precisaron hospitalización o acudieron a urgencias en el último año por enfermedades crónicas comunes	12,3%	14,2%

*Estudio de 25.000 norteamericanos de entre 19 y 69 años de edad con enfermedades crónicas comunes. Adaptado de: Wasson JH, Johnson DJ, Benjamin R, Phillips J, MacKenzie TA. Los pacientes confirmaron los efectos positivos de los cuidados de colaboración. *J Ambul Care Manage.* 2006; 29(3):199-206.

del paciente para comprender el efecto de sus propias intervenciones sobre los resultados importantes de los pacientes.

SEGUIR ADELANTE

Rediseñar la Atención Primaria es esencial si pretendemos contar con mejores resultados de la salud de la población y reducir las tendencias del coste. Los enfoques actuales de rediseño privan del derecho de voto a las consultas pequeñas que siguen representando una parte considerable de nuestro sistema sanitario. La medición actual no aborda la responsabilidad individual ni el cambio en la conducta de la consulta. El pago actual sigue recompensando el volumen y castigando la asistencia primaria eficaz. Muchas iniciativas de centros médicos ofrecen financiación inadecuada o solo un apoyo de boquilla a los requisitos de recursos de la asistencia primaria eficaz. Pero todos estos problemas tienen solución.

Las situaciones desesperadas exigen medidas desesperadas. Nuestras alarmantes circunstancias pueden hacer posible un paso más en el *status quo*.

■ Pago

- Cambiar los recursos para apoyar la excelencia en la asistencia primaria.
- Los nuevos modelos de pago deben avanzar más allá del simple apoyo nominal.
- Los estados en situación económica desesperada deben dar ejemplo centrando más su funcionamiento estatal y dólares de Medicaid en la asistencia primaria eficaz.
- Los Centros de Medicare y los Servicios de Medicaid podrían centrar parte de su financiación para la innovación en la mejora de transformación en lugar de en la incremental.
- Los planes comerciales que buscan una respuesta para las empresas en situación desesperada podrían ofrecer planes piloto con beneficios graduales para fomentar el uso de las consultas y redes de asistencia primaria de alto rendimiento.

■ Medición

- Tanto pagadores como empresas, gobiernos y el público podrían solicitar comentarios regulares de la experiencia del paciente con las características esenciales de la asistencia primaria.

■ Proporcionar asistencia técnica para el rediseño del sistema

- Los compradores podrían respaldar grupos de asistencia técnica para la asistencia primaria a nivel nacional y estatal basándose en el modelo central de extensión agrícola.
- Las comunidades virtuales de aprendizaje basadas en el modelo de las Consultas Médicas Ideales podrían hacer participar a cualquier/todas las consultas reduciendo los costes reales y de oportunidades.

Es posible avanzar. Es probable que la economía y los

presupuestos actuales dicten un enfoque de coste neutral, de forma que las intervenciones rentables se produzcan a costa de otras partes del sistema sanitario. Solo nos queda tomar una elección dolorosa entre mantener un insostenible *status quo*, tomar los primeros pasos hacia la mejora incremental, o ir a por el cambio transformacional. Deberíamos tomar las tres.

Es el momento de financiar y buscar nuevos modelos transformacionales. El enfoque de las Consultas Médicas Ideales representa un vehículo que puede abarcar la geografía, un umbral que invita a una amplia inclusión y a centrarse en lo que realmente importa frente a lo que siempre hemos hecho.

REFERENCIAS

1. Fox M. *Many doctors plan to quit or cut back: survey*. Reuters. <http://www.reuters.com/article/idUSTRE4AH1CE20081118>. Accessed November 22, 2010.
2. Schoen C, Osborn R, Squires E, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. *How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries*. *Health Aff Web First*, November 18, 2010. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0862.
3. Moore LG. *Going solo Part II*. *Fam Pract Manag*. 2002;9:25-29.
4. IMP Center Web site. Available at www.IMPCenter.org. Accessed November 22, 2010.
5. Ideal Medical Practices Web site. Available at www.IdealMedicalPractices.org. Accessed November 22, 2010.
6. Starfield B. *Family medicine should shape reform, not vice versa*. *Fam Pract Manag*. 2009;16:6-7.
7. Phillips RL, Starfield B. *Why does a U.S. primary care physician workforce crisis matter?* *Am Fam Physician*. 2004;70:440-446.
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. *Contribution of primary care to health systems and health*. *Milbank Q*. 2005;83:457-502.
9. Agency for Healthcare Research and Quality Web site. Bibliography of recent reviews of self-management support effectiveness. Available at: <http://www.ahrq.gov/qual/ptmgmt/ptmgmtap1.htm>. Accessed November 22, 2010.
10. Ahles T, Wasson JH, Seville JL, et al. *A controlled trial of methods for managing pain with or without co-occurring, psychological problems*. *Ann Fam Med*. 2006;3:1-13.
11. Wasson JH, Anders SG, Moore LG, Ho L, et al. *Clinical micro-systems, Part 2: Learning from micro practices about providing patients the care they want and need*. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2008;34:445-452.
12. Safran DG. *Defining the future of primary care: What can we learn from patients?* *Ann Intern Med*. 2003;138:248-55.
13. Wasson JH, Jette AJ, Johnson DJ, Mohr JJ, Nelson EC. *A replicable and customizable approach to improve ambulatory care and research*. *J Ambul Care Manage*. 1997;20:17-27.
14. Moore LG, Wasson JH. *The ideal medical practice model: Maximizing efficiency, quality, and the doctor-patient relationship*. *Fam Pract Manag*. 2007;9:20-24.
15. Safran DG, Karp M, Koltin K, et al. *Measuring patients' experiences with individual primary care physicians: Results of a statewide demonstration project*. *J Gen Intern Med*. 2006;21:13-21.



El autor es médico de familia y presidente de Consultas Médica Ideales, una organización sin ánimo de lucro de Seattle, Washington, que contribuye al proceso de transformación de la Atención Primaria. Envíe sus comentarios a medecoes@drugfarma.com

En sus Zapatos

PARA AYUDAR A LOS PACIENTES Y A SU FAMILIA A ASIMILAR UNA ENFERMEDAD TERMINAL SE REQUIERE EMPATÍA Y RESPETO

[Por **WILLIAM G. PORTER**]

Son las siete de la mañana. Medio dormido, preparo algo de café en la cocina. Mientras espero a que el café esté listo, hago una llamada para comprobar el buzón de voz del centro de cuidados paliativos a domicilio. La primera llamada es de Ben, el enfermero nocturno, diciendo que el Sr. Nguyen ha muerto durante la noche. En tono inflexivo, Ben da su informe: hora de la muerte, funeraria y la familia que “lo está llevando bien”.

El Sr. Nguyen, un vietnamita que inmigró con casi ochenta años, tenía cáncer de páncreas y estaba muy cerca de la muerte cuando lo visité a principios de semana. Antes de mi visita, la enfermera de ingresos me explicó su rápido debilitamiento y lo difícil que le había resultado comunicarse con él y con su esposa debido a la barrera lingüística.

“Tienen una hija”, me dijo, “pero tampoco habla bien inglés, así que es realmente complicado averiguar algo sobre sus síntomas. Por cierto, doctor Porter, asegúrese de quitarse los zapatos antes de entrar en la casa. Es una cuestión cultural.”

Llegué unos minutos antes que la enfermera y descubrí el modesto adosado de paneles de vinilo en una calle sin árboles de un barrio nuevo. En la puerta principal había una pila de zapatos, entre ellos un par de chancletas. Añadí los míos a la pila, aliviado por llevar unos calcetines presentables, y toqué el timbre. La esposa del paciente, una mujer diminuta con una blusa floreada y unos amplios pantalones negros, abrió la puerta. Tenía una mirada desconcertada, así que le mostré mi insignia del centro y me presenté. No dijo

nada, pero se inclinó, luego señaló al dormitorio, en la parte trasera de la casa, y se retiró al salón. En la habitación oscura, el anciano estaba tumbado tan inmóvil y boquiabierto en su cama de hospital que al principio pensé que estaba muerto. Su piel tenía ictericia, sus brazos y piernas estaban debilitados y sus mejillas y sienes hundidas.

El Sr. Nguyen no me oyó entrar en la habitación, así que me quedé de pie junto a su cama, observando su respiración superficial. Cada inspiración separaba la camisa de su pijama gris de los pantalones, dejando al descubierto su abdomen hinchado. En seguida llegó su hija y se presentó. Me pareció que tenía cuarenta y muchos años. Los círculos oscuros bajo sus ojos revelaban el estrés y la fatiga resultado de los cuidados que prestaba a su padre.

“Gracias por venir, doctor,” me dijo en un inglés cargado de acento. Se situó al lado de su padre y le despertó. En vietnamita, le explicó quién era yo y él sonrió débilmente mientras yo entablaba contacto visual con él y le daba la mano, preguntándome si era la forma correcta de saludar en su cultura. Sin dejar de sonreír, dijo “gracias”, antes de quedar en silencio.

Con su hija como intérprete, pregunté al Sr. Nguyen si tenía dolores, náuseas u otros síntomas. Su hija me contó que sufría dolores abdominales pero que no quería tomar su medicación. Apenas comía ni bebía. Se había caído durante la noche al intentar levantarse para ir al baño, y ella y su madre habían tenido problemas para volver a meterlo en la cama. No podía utilizar el orinal porque no podía evacuar estando tumbado.

En ese momento, llegó la enfermera del centro. Echó un vistazo y me dijo que el Sr. Nguyen había empeorado considerablemente desde su última visita hacía tres días. Notando que el paciente se había deslizado demasiado hacia el pie de la cama, colocó una zalea debajo de su cuerpo y lo deslizamos a una posición más cómoda.

Hablamos sobre otras cosas que se podrían hacer, como minimizar el riesgo de más caídas. Decidimos que con un catéter podríamos reducir su necesidad de levantarse para ir al baño.

Una vez más, la hija y el paciente se consultaron en su lengua materna. Mientras hablaban, pregunté en voz alta a la enferme-

ra si aceptaría insertar el catéter o si al hacerlo violaría alguna norma cultural.

El Sr. Nguyen consintió en que le pusiéramos el catéter. Le pregunté si prefería que lo hiciera la enfermera o yo en su lugar.

“Prefiere al doctor,” dijo su hija.

“¿Habría algún problema en que la enfermera me ayude?”

“Ninguno”.

Con ayuda de la enfermera, inserté el catéter y aseguré la bolsa de drenaje a un lado de la cama. Luego la enfermera y yo le explicamos a su hija cómo manejar el catéter y cómo administrar los sedantes y otros fármacos a pie de cama. Le dijimos que probablemente no querría comer ni beber demasiado, pero que no se preocupara por eso, y le aconsejamos que no le forzaran a comer ni a beber.

La enfermera y yo nos preparamos para irnos, transmitiendo la habitual garantía de que estaríamos disponibles por teléfono, noche y día. La hija asintió y, entonces, con vacilación, me dijo, “doctor, ¿puede hacerle una pregunta?” “Por supuesto”, contesté.

Me expuso la cronología de la enfermedad de su padre. Me esforcé por comprender lo que decía y en seguida me di cuenta de que, a pesar de su gran acento, su comprensión del inglés era excelente y recordaba todo lo que le había pasado a su padre, desde los primeros síntomas leves hasta el momento presente. Cuando perdió el apetito y empezó a perder peso, lo llevó al médico, pero no encontraron nada definitivo. La colonoscopia reveló dos pólipos, pero el médico le aseguró que no eran malignos. Al ver que su padre no mejoraba, lo llevó al médico otra vez, que pidió un escáner de tomografía

computerizada, que reveló cáncer metastásico de páncreas. El médico dijo que no se podía hacer nada excepto asegurarse de que su padre estuviera cómodo. “No lo entiendo,” continuó. “Si los pólipos no eran cáncer, ¿entonces por qué ahora tiene cáncer?”

Las lágrimas caían de sus ojos al acabar su historia.

La cogí del brazo y le expliqué que no había relación entre los pólipos de colon y el cáncer de páncreas. “Pero, doctor”, añadió, “me siento tan mal por no haber llevado a mi padre al médico a tiempo, para que pudieran ayudarlo. Ahora se va a morir.”

Le dije que no había hecho nada mal, que había visto muchos

casos como el de su padre, que tenía un tipo de cáncer que muy pocas veces se descubre a tiempo para curarlo, incluso si los médicos hacen las pruebas tras el primer síntoma. Recobrando la serenidad, me dio las gracias, aunque no estaba seguro de haberla convencido de que había hecho todo lo “correcto” por su padre.

Una vez en la calle, me puse los zapatos. Me hicieron sentir algo menos expuesto al dolor físico y cultural que había al otro lado de la puerta. Cómo debe ser, me pregunté, caer enfermo y morir tan lejos de casa, oír malas noticias de un médico y que lo único que te ofrezcan sean comodidad en palabras que no comprendes y preguntarse qué se podría haber hecho de otra manera.

Recordé lo que le había dicho a la hija sobre que había visto muchos casos como el de su padre. No era verdad. El Sr. Nguyen me hacía sentir que mis esfuerzos por intentar que tanto él como su familia comprendieran y asimilaran la naturaleza de su enfermedad y muerte cercana eran insuficientes.

Alguien describió la enfermedad como un país extranjero. Creo que ahora sé qué significa esa descripción. Significa más que quitarse los zapatos en la puerta. Significa intentar meterse en la piel y caminar con los zapatos de pacientes como el Sr. Nguyen, tomarse tiempo extra para escuchar sus preocupaciones y reconocer, respetar y responder a sus necesidades más especiales.

El autor ha ejercido e impartido clases de Medicina Interna, Hematología y Oncología en Charlotte, Carolina del Norte, desde 1970. En la actualidad está medio jubilado y trabaja para Hospice and Palliative Care Charlotte Region, atendiendo a los pacientes en sus casas y en centros de larga estancia. Envíe sus comentarios a medeco@drugfarma.com

“EL SR. NGUYEN ME HACÍA SENTIR QUE MIS ESFUERZOS POR INTENTAR QUE TANTO ÉL COMO SU FAMILIA COMPRENDIERAN Y ASIMILARAN LA NATURALEZA DE SU ENFERMEDAD Y MUERTE CERCANA ERAN INSUFICIENTES”



Una oportunidad para el milagro

UN PACIENTE DIFÍCIL
ENSEÑA UNA LECCIÓN
DURADERA

[Por **MERCEDES PACHECO MURPHY**]

Odio a algunos de mis pacientes.

En realidad, una afirmación más exacta sería que odio cómo me siento cuando tengo emociones negativas hacia alguno de mis pacientes. La vergüenza y la culpa que acompañan a esta callada lucha han sido mis compañeros desde que empecé mi carrera, pero me golpearon más fuerte durante la residencia.

Con mi complejo de salvadora en todo su esplendor y mi identidad cubierta por una versión idealista de mí misma, en el segundo año de carrera ya me había ganado una reputación por mi gran capacidad de trabajar con “pacientes problemáticos”.

Cuando más salía a relucir esta capacidad era durante nuestra media jornada semanal en la clínica, donde proporcionábamos cuidados ambulatorios a una gran

parte de la población sin seguro médico de Providence, Rhode Island. Empecé a tener una reacción psicológica, normalmente un impulso de vomitar, cuando llegaba y uno de los enfermeros me decía, “¡Mercedes! Tengo un paciente problemático que creo que iría de maravilla contigo!”

Y sin embargo, ¿qué podía decir? Mi miedo a parecer cualquier cosa menos compasiva me mantenía en soledad, compaginando todas mis emociones contradictorias: un sentido de obligación hacia esos pacientes, a menudo víctimas de sí mismos y de las circunstancias, mi orgullo por ser buena en mi trabajo, la ira porque siempre me cargaban con las situaciones difíciles, pero sobre todo, la culpa por desear que determinado paciente autocombustionara y desapareciera o, al menos, no se presentara a la cita.

Ahora que hace cinco años que ejerzo la medicina interna, no he perdido la reputación de trabajar bien

con pacientes difíciles. Aunque el tiempo y la experiencia han atenuado algo mi perfeccionismo y autocrítica, sigo encontrándome en dificultades a veces. Suele preocuparme que la energía que gasto tratando con mis pacientes más difíciles pueda dejarme totalmente vacía frente a la gran mayoría de personas a las que cuido. Esta lucha me ha llevado a intentar entender exactamente qué es lo que me ayuda en este aspecto tan necesario de la medicina. Aunque he llegado a comprender muchos conceptos gracias a mi experiencia, mi primera lección sobresale como la más intensa, al igual que la paciente que me ayudó a interiorizarla.

UN PACIENTE INOPORTUNO

Cuando vi a Anna por primera vez, no me pareció tan diferente. Me advirtieron que era difícil tratar con ella, y al leer su cuadro clínico antes de la visita me llevé un susto de muerte. Esta mujer tranquila de mediana edad y aspecto conservador parecía, sin embargo, bastante inofensiva. Se sentó en su silla remilgadamente, con una bonita falda de traje, las piernas cruzadas en los tobillos y el bolso apretado contra su regazo. Casi suspiré de alivio, pero entonces me miró.

A través de sus grandes gafas de montura gruesa, sus ojos se fijaron en los míos, y me vi sorprendida por una expresión que hacía tiempo había aprendido a reconocer en el rostro

de algunas personas que han sido gravemente traumatizadas y emocionalmente abandonados. Había una codicia calculada en la forma en que me miraba, como si me estuviera evaluando y decidiendo si yo podría darle lo que necesitaba. En ese momento, estaba segura de dos cosas: no tenía ni idea de lo que necesitaba para encontrar la paz en este mundo y, con independencia de lo que fuera, yo sería incapaz de dárselo.

Anna tenía diagnósticos primarios de diabetes, hipertensión y colesterol alto. También había sido diagnosticada de depresión, además de cargar con la etiqueta del trastorno límite de la personalidad. Este último podría haber sido verdad, aunque, mirando atrás, realmente padecía trastorno por estrés posttraumático como consecuencia de largos años de abusos físicos y sexuales.

Como residente de medicina interna de primer año, no poseía los conocimientos ni para empezar a ayudarla a procesar su trágico pasado y la dañada psique que aún

perduraban. Me fijé el objetivo de intentar ocuparme de sus problemas médicos a pesar de los emocionales y psicológicos, como si yo pudiera aislar por separado las cuestiones que a mi parecer eran manejables, dejando el resto fuera de la sala de reconocimiento.

Por supuesto, no tardé en aprender que dejar sus cuestiones psicológicas a un lado era tan difícil como quitarle un órgano vital. Era manipuladora. Lloraba en todas las visitas, al menos una vez. Su conducta hacia mí era sexualmente inapropiada. Me sentía físicamente mal siempre que sabía que formaba parte de mi programa de visitas. Sus visitas nunca duraban menos de una tormentosa hora, y al final, ella nunca se sentía mejor, y yo estaba a punto de abandonar la medicina y empezar a trabajar en una cabina de peaje. La monotonía y la rutina siempre me habían parecido muy relajantes.

Sin embargo, todo cambió un día que me trajo un regalo. Era una muñeca pequeña, con un vestido rosa, hecho a ganchillo, y la falda demasiado larga. Emocionada, Anna me enseñó cómo ponerla de pie metiéndole

las piernas en un rollo de papel higiénico, y colocándole la falda de forma que tapara el rollo. Así podías guardar los rollos en el baño, pero decorativamente escondidos.

Estaba impactada. No sabía qué hacer. Sólo podía pensar “no puedo aceptar un regalo, no importa lo pequeño o raro que sea, de un paciente

con trastorno límite de la personalidad. ¿Cómo voy a salir de esta? ¿Hay algo que pueda decir que no desequilibre a Anna? ¿Puedo hacerlo en solo 20 minutos?”

**“NO TARDÉ EN
APRENDER QUE DEJAR
SUS CUESTIONES
PSICOLÓGICAS A UN
LADO ERA TAN DIFÍCIL
COMO QUITARLE UN
ÓRGANO VITAL”**

UN GIRO INESPERADO

Mi mente iba a toda pastilla cuando le eché un ojo al reloj, vi que ya iba con 30 minutos de retraso y sentí que mi estómago se revolvía. Me miró desde abajo y tímidamente dijo, “yo misma tejí la falda,” lo que me hizo estremecer. Estaba esperando sus manipulaciones, la mirada codiciosa, el cambio rápido de humor, el llanto.

En cambio, su mirada se tornó ausente y empezó a hablar de lo mucho que le gustaban las muñecas. Nunca había tenido una de niña porque su familia era demasiado pobre. Por eso, como adulta, se sintió atraída por ellas y disfrutaba encontrando muñecas antiguas en mercadillos y restaurándolas, con una buena limpieza y nuevos vestidos de lana. Al principio se las regalaba

a los niños de su familia, a vecinos o a organizaciones benéficas. Luego encontró un uso funcional para ellas, algo de lo que incluso los adultos podrían beneficiarse. Soltó una risita cuando dijo “¿Quién no utiliza una funda para rollos de papel higiénico?”

Seguí buscando a la Anna que conocía. En cualquier momento empezaría a hablar de la madre que nunca tuvo o de que nunca nadie la había querido. Yo estaba cobrando ánimos frente al sentimiento de impotencia que me consumía cuando me invadió una oleada de su dolor, una mezcla de frustración por no ser capaz de ayudarla y de rabia porque me estaba haciendo lo mismo otra vez.

UN DESTELLO INTERIOR

La sensación no llegó. Mientras seguía hablando con orgullo de lo que hacía con esas muñecas, vi cosas de Anna que no sabía que existieran. La vi de niña, nueva y llena de esperanza en este mundo, completamente inconsciente de la oscuridad de las vidas de algunas personas. Pude ver su sentido del humor, reconociendo que era un poco raro poner un rollo de papel higiénico dentro de una muñeca de pie. La vi disfrutar por tener algo que era completamente suyo, no corrompido por malos sentimientos. Pude vislumbrar a la mujer que pudo llegar a ser, de no haber sido por el destino terrible que le deparaba esta vida. Vi lo verdaderamente resistente que era. Me sorprendió acordarme de mi madre, que tampoco tuvo muchos juguetes ni muñecas en la infancia.

Y lo que es más importante, vi cosas mías en ella; mi tristeza, mis inseguridades y mi miedo. Comprendí en mayor profundidad que las diferencias más importantes entre nosotras no eran inherentes a nuestro carácter como seres humanos. Más bien, se debía a que yo había sido bendecida con unos padres cariñosos, un sentido de la seguridad durante mis años de formación, y un lugar seguro al que volver siempre que no pudiera continuar sola.

Después de ese día, seguí teniendo problemas con Anna. No mejoró de forma milagrosa, y yo seguí sintiendo un pinchazo de malestar siempre que su nombre figuraba en mi lista de pacientes. Sin embargo, algo cambió. Ahora me era mucho más fácil aprovechar mi compasión y empatía hacia ella.

Esta capacidad me resultaba especialmente útil cuando Anna me sacaba de quicio. Algo que también

me ayudó fue proporcionar límites y limitaciones concretos, porque yo sabía que hacía todas esas cosas porque realmente me preocupaba por ella. Me sentía menos culpable. De alguna forma, ser más paciente con ella me ayudó a ser más amable conmigo misma.

Al final, me pregunto si la que más se benefició de nuestros tres años de relación fui yo, y no ella. El desarrollo personal y los conocimientos que adquirí durante nuestras interacciones me ayudan todos los días en muchos de aspectos de mi trabajo: los sentimientos traicionados al enterarme de que uno de mis pacientes está vendiendo los fármacos que le receté; lidiar con la ira inmerecida de algunos pacientes; juzgar, o no, a la gente por sus insanos mecanismos de adaptación; aceptar mis propios sentimientos negativos hacia un determinado paciente y estar alerta para que no afecten a mi atención hacia él. La lista nunca acaba.

Con todos esos pacientes, busco algo con lo que pueda identificarme. Sólo necesito una cosa aparentemente sencilla, como un

pasatiempo, un recuerdo, una emoción, que una su humanidad con la mía. Estas experiencias comunes que tan fácilmente pasamos por alto marcan la diferencia en mi capacidad de comprensión frente a la frustración.

Como parte de mi rutina, lo primero que hago cada mañana es mirar mi lista de

pacientes. Aún hay momentos de infelicidad cuando veo un nombre concreto y tengo que prepararme. Por suerte, tengo una gran vía de escape en mis maravillosos colegas afines, que me ofrecen un lugar seguro para desahogarme. Sé que no piensan que soy una persona horrible cuando me ven golpeándome la cabeza sobre la mesa por tener que ver a determinado paciente. Uno de mis compañeros suele decir, “¡Oh! ¡Eres muy afortunada por tener una oportunidad para el milagro hoy!”

Supongo que esta afirmación es cierta para todos nosotros, en casi cualquier situación. Sin embargo, no puedo evitar pensar que como médicos hemos sido realmente bendecidos. Como resultado de la profesión que hemos elegido, esta afirmación es verdad casi todos los días, varias veces al día.

Qué afortunados somos.



Mercedes Pacheco Murphy es directora médica adjunta de Core Physicians en Exeter, New Hampshire. Envíe sus comentarios a medecoes@drugfarma.com.



Por OFELIA DE LORENZO APARICI

Respuestas a sus preguntas sobre...

Solicitud de la historia clínica por parte de la Policía

Me ha solicitado la Policía la historia clínica de un paciente. ¿Cómo está regulado este asunto?

El artículo 16.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, dispone que el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso.

El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

La Policía no me indicó las razones ni qué detalles requería de las mismas. ¿Cómo debo actuar?

Si se lleva a cabo una interpretación literal del precepto legal anteriormente mencionado, puede apreciarse con toda claridad que el legislador se refiere al acceso a la historia clínica con fines judiciales y no policiales razón esta por la que no existe habilitación legal en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre para que los policías que no estén llevando a cabo funciones de Policía Judicial y no actúen autorizados por una resolución judicial, puedan ordenar a los profesionales sanitarios que les hagan entrega del historial clínico de un paciente sin el consentimiento del mismo, y todo ello salvo que la cesión de datos de la historia clínica a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado sea necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales en los supuestos en que sea absolutamente necesaria para los fines de una investigación concreta, de acuerdo con el ejercicio de las funciones mencionadas establecido en la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

En casos idénticos, ¿rigen los mismos principios en todas las comunidades autónomas?

Básicamente, sí, pero alguna disposición autonómica, como sucede con el recientemente promulgado Decreto

24/2011, de 12 de abril, de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha, recoge plenamente la opinión que acabamos de formular. Así, en el artículo 26 de dicho decreto, sobre cesión de datos de la historia clínica a requerimiento del Ministerio Fiscal, jueces o tribunales, Defensor del Pueblo, Tribunal de Cuentas o instituciones autonómicas análogas, se dice, literalmente: la cesión de datos y documentos de la historia clínica "no requiere consentimiento previo del paciente cuando se produzca en el ejercicio de las funciones que tienen atribuidas.

Los datos de identificación personal del paciente deberán preservarse separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado su anonimato. Se exceptúan los supuestos de investigación judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines del caso. Los responsables de la custodia de la documentación clínica podrán solicitar del órgano peticionario las aclaraciones que se estimen pertinentes sobre los datos o documentos que se precisen".

PUNTOS CLAVE

El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso

Los datos de identificación personal del paciente deberán preservarse separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado su anonimato

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



Dubai World Championship

Espectacular triunfo de Álvaro Quirós

Su segunda victoria de la temporada coincide con la última prueba del Tour Europeo.

Álvaro Quirós ha incrementado su palmarés con un espectacular triunfo en el exclusivo Dubai World Championship, punto y final de la temporada en el Circuito Europeo, donde se reúnen los mejores jugadores del PGA European Tour. El golfista español suma su segunda victoria de la temporada –tras la conseguida en el Dubai Desert Classic a mediados de febrero– y su sexto triunfo en el Circuito Europeo desde que se hiciera profesional en diciembre de 2004.

Quirós ya dio muestras de sus intenciones cuando acarició el éxito en el Open de Hong Kong, un buen momento de forma especialmente corroborado a partir de la segunda jornada del Dubai World Championship, cuando el golfista gaditano accedió al liderato gracias a una extraordinaria tarjeta de 64 golpes que se acumuló a otra asimismo brillante de 68 en la primera, lo que le situó entonces en lo más alto de la clasificación con cuatro golpes de ventaja sobre el sueco Peter Hanson.

Una vuelta inmaculada, plagada de *birdies* –seis en concreto– y culminada con un extraordinario *eagle* en el último hoyo, construyó un sólido liderato refrendado en la tercera ronda con una tarjeta algo más discreta, de 70 golpes, con 4 *bogeys* neutralizados de sobra con 4 *birdies* y otro *eagle*, que dieron opción al escocés Paul Lawrie a situarse a dos golpes del español.



El golfista gaditano accedió al liderato gracias a una extraordinaria tarjeta de 64 golpes en la segunda jornada.

La jornada final se convirtió desde el primer momento en un espectacular mano a mano entre Álvaro Quirós y Paul Lawrie, toda vez que sus cualificados perseguidores –Luke Donald, Charl Schwartzel, Peter Hanson...– sucumbieron poco a poco ante el acierto de ambos a pesar de que sus respectivas propuestas estaban asimismo plagadas de buenas acciones. Un inicio espectacular de jornada, con tres *birdies* consecutivos, afianzó aún más a Álvaro Quirós en el liderato, con una capacidad de reacción sabiamente demostrada a partir del cuarto hoyo, su primer

error de la jornada compensado de inmediato en el siguiente hoyo. La combinación error-acierto se volvió a repetir en los hoyos 6 y 7 antes de que un nuevo fallo en el 9 diese oxígeno a las opciones del escocés Paul Lawrie, quien acabó la primera vuelta con 5 *birdies* y ningún fallo.

Una segunda vuelta más plana por parte de ambos, resuelta en su gran mayoría con pares, desembocó en un final de auténtico infarto, con un solo golpe de diferencia a favor de Quirós cuando ambos llegaron al hoyo 17. Fue ahí, en ese punto culminante, cuando salió a relucir la enorme raza del español, quien rubricó un espectacular *eagle* en el hoyo 18 a imagen y semejanza del conseguido en la segunda jornada, una acción que dejó definitivamente sin aliento a Paul Lawrie.

El golf español genera cerca de 1.200 millones anuales

La empresa consultora Aguirre Newman ha realizado un informe sobre la situación actual de la industria del golf en nuestro país en el que cuantifica en cerca de 1.200 los millones de euros que genera anualmente. El golf cuenta con un amplio respaldo social plasmado

no solo en el número de federados, practicantes y aficionados, sino por la existencia de un significativo conjunto de organizaciones deportivas, sociales, laborales y administrativas, soporte de un amplio entramado socioeconómico que contribuye al estado del

bienestar. Este estudio dimensiona en su justa medida la realidad del golf español, que no es otra que un ámbito afectado por la crisis pero, al tiempo, con unas sólidas bases que permiten ser moderadamente optimistas de cara al futuro inmediato y de más largo plazo.

PROGRAMA AAP 2012

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



PRÓXIMOS CURSOS

BILBAO

15 de marzo

Bilbao Exhibition Center

MURCIA

22 de marzo

Hotel Nelva

SEVILLA

19 de abril

Hotel NH Centro Convenciones

VALENCIA

26 de abril

Hotel Meliá Valencia Palacio de Congresos

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com

LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada



Sebastián Ferreira, *sin título*
Obra procedente de las *National Art Exhibitions of the Mentally Ill Inc.*

Compartimos un mismo compromiso,
un mismo equipo y desde ahora,
el mismo nombre

Janssen

PHARMACEUTICAL COMPANIES

OF *Johnson & Johnson*



Un sólo nombre que identifica a todas las
compañías farmacéuticas de Johnson & Johnson.

Un nombre que rinde homenaje al **Dr. Paul Janssen,**
un investigador genial y fundador de una
de las primeras compañías farmacéuticas del grupo.

Un solo nombre y un mismo compromiso:
los pacientes.

Ellos son la razón de ser de nuestra innovación en
la búsqueda de respuestas dónde sólo hay incógnitas.
Y eso, tiene mucho valor. **El valor de innovar.**