

Medical Economics[®]

EDICIÓN ESPAÑOLA

Cuidar/curar
dos caras,
una sola salud

10 DE FEBRERO DE 2012

Nº 165

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es



La medicina en movimiento

Tecnología inalámbrica dentro y fuera de la consulta



Premios
Medical Economics
El valor de la excelencia

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

SEGURO MULTIRRIESGO DEL HOGAR

porque lo
importante
es su seguridad

25%

de descuento al contratar
su póliza del 1 de enero
al 30 de marzo de 2012

Ventajas

- protección jurídica
- daños estéticos al continente en cualquier garantía
- bonificaciones
- asistencia 24 horas
- presupuestos personalizados
- averías de electrodomésticos
- A.I.R. Asistencia Informática Remota

En A.M.A. nos preocupamos por su seguridad y la de los suyos, por ello ponemos a su disposición una gama de garantías optativas, para que elija usted las que más le interesan.

SERVICIO DE GARANTÍA BÁSICA

Disfrute de los servicios de:

- Teleasistencia
- Copia de seguridad
- Asistencia in situ
- Recuperación de datos



- Teléfono de la Central 902 30 30 10 - 91 34 34 700
- A través de internet www.amaseguros.com.
- En las delegaciones de A.M.A. de su provincia.



EN PORTADA

28 La medicina en movimiento

La tecnología de la información de la salud ha avanzado mucho en un breve periodo de tiempo. Hace tan solo unos años, el nivel de rechazo de los médicos a la implementación de registros electrónicos sanitarios en sus consultas y hospitales era bastante elevado. En la actualidad no queda otra opción que utilizar la tecnología disponible.

PREMIOS MEDICAL ECONOMICS 2012

16 El valor de la excelencia

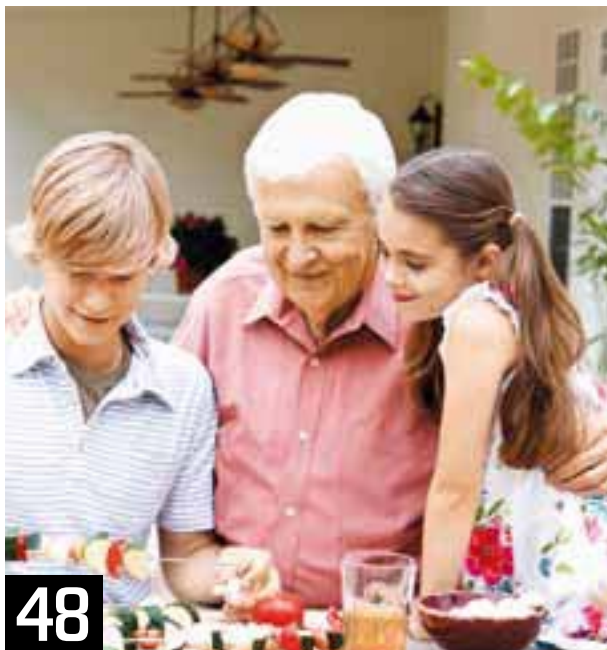
Medical Economics reunió a más de 400 personas durante el acto de entrega de sus Premios anuales. Este año los colegios profesionales se estrenaron con categoría propia en reconocimiento a su actividad y la emotividad la pusieron los galardonados especiales a Juan Abarca Campal y Josep Carreras.

PRÁCTICA PROFESIONAL

36 Cuidar/Curar: Dos caras, una sola salud

48 Lecciones de mi padre

16



continúa en página 3 ➔



(Somos tu corazón)

Somos innovación
Somos tecnología
Somos profesionales
Somos presente
Somos futuro

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

Conciertos
con todas las
sociedades
médicas

HM
UNIVERSITARIO
madrid
Tlf: 91 447 66 00

HM
UNIVERSITARIO
montepríncipe
Tlf: 91 708 99 00

HM
UNIVERSITARIO
torrelodones
Tlf: 91 267 50 00

HM
UNIVERSITARIO
sanchinarro
Tlf: 91 756 78 00

HM
NUEVO
belén
Tlf: 91 744 41 00

CENTRO INTEGRAL
ONCOLÓGICO CLARA CAMPAL
ciocc
Tlf: 902 107 469

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

Empresa certificada



HM
HOSPITALES
Somos tu Salud
hmhospitales.com

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.rodriquez@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

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

Antonio López, 249-1.º Edificio Vértice
28041. Madrid.

Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075
E-mail: spa@drugfarma.com

Numancia, 91-93. 08029 Barcelona
Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345

ISSN: 1696-6163

D.L.: M-35829-2003

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

CONTROLADO POR



12

SECCIONES

- 6 **Mi Punto de Vista**
Preservar y potenciar la sanidad catalana
- 9 **La Lanceta**
El doctor Gadget...
- 10 **El Termómetro**
Avanzar sin etiquetas
- 12 **Al día**
Más extracomunitarios optan al MIR este año
- 14 **Gestión de Calidad: Enfermería**
Gestión por valores: aliada de la humanización
- 40 **Experiencias innovadoras en gestión**
Apuesta por los profesionales
- 42 **Economía de la Salud: Dolor**
Abordar el valor desde la eficiencia
- 44 **Infotecnología Boletín**
- 46 **Internet y Medicina**
‘Tweets’ como herramienta bibliográfica



16

- 52 **Capital Riesgo**
Cómo fijar precios competitivos
- 53 **Tribunales**
Criterios de la responsabilidad civil
- 54 **Inversiones**
Cómo obtener más rentabilidad
- 56 **Golf**



ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Considera seguro y eficaz utilizar dispositivos móviles en la atención médica?

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.medeco.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 ESPAÑOLA DE DERECHO FARMACÉUTICO

Victoria Ayala Vargas
DIRECTORA CIENTÍFICA OXIMESA.
GRUPO PRAIXAIR

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

Josep Basora Gallisá
PRESIDENTE. SEMFYC

Carlos Belmonte Martínez
DIRECTOR. INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE ALICANTE

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

Fidel Campoy Domenech
DIRECTOR GENERAL DE SALUD. DKV SEGUROS

Miguel Carrero López
PRESIDENTE. PSN

Guillermo Castillo Acero
DIRECTOR. FUNDACIÓN GRÜNENTHAL

Enrique Catalán López
ASESOR. GRUPO EMPRESARIAL DE LA ONCE

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

Felipe Chavida García
PRESIDENTE. IDEPRO

José Cortina Orriós
DIRECTOR DE PARTICIPACIONES INMOBILIARIAS. BANKIA

Enrique de Porres Ortiz de Urbina
CONSEJERO DELEGADO. ASISA

Jaime del Barrio Seoane
DIRECTOR GENERAL. INSTITUTO ROCHE

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

José Antonio Dotú Roteta
PRESIDENTE. FUNDACIÓN MEDICINA Y HUMANIDADES MÉDICAS

Joaquín Estévez Lucas
PRESIDENTE. SEDISA

Julio Fernández Llamazares
DIRECTOR CORPORATIVO DE COMUNICACIÓN. CAPIO SANIDAD

José Fernández-Vigo López
CATEDRÁTICO DE OFTALMOLOGÍA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Francisco Vicente Fornés Úbeda
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 ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO

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

Manuel Martín Cortés
CONSULTOR INDEPENDIENTE

Santiago Martínez-Fornés Hernández
REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE ZARAGOZA

Rafael Matesanz Acedos
COORDINADOR NACIONAL DE TRASPLANTES

Teresa Millán Rusillo
DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES. LILLY

Basilio Moreno Esteban
PRESIDENTE. FUNDACIÓN SEEDO

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

Diego Murillo Carrasco
PRESIDENTE. A.M.A.

Regina Muzquiz Vicente-Arche
DIRECTORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES. PHARMAMA

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

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

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

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

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

Antonio Pellicer Martínez
PRESIDENTE. INSTITUTO VALENCIANO DE INFERTILIDAD

Federico Plaza Piñol
DIRECTOR GENERAL. FUNDACIÓN ASTRAZENACA

Eduard Portella
PRESIDENTE. ANTARES CONSULTING, S.A.

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

José Manuel Ribera Casado
CATEDRÁTICO EMÉRITO DE GERIATRÍA. UCM

Ignacio Riesgo González
DIRECTOR DE SANIDAD. PRICEWATERHOUSECOOPERS

Helena Ris
DIRECTORA GENERAL. UNIÓN CATALANA D'HOSPITALS

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

Julián Ruiz Ferrán
SOCIO DIRECTOR. MEDICAL FINDERS

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

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

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

Guillermo Sierra Arredondo
VICEPRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO

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

Luis Truchado Velasco
DIRECTOR. EUROGALENUS-EXECUTIVE SEARCH CONSULTANTS

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



María Gracia Ruiz
ENFERMERA SUPERVISORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA

DERECHO/MALPRACTIX



Miguel Fernández de Sevilla
PROFESOR DE DERECHO SANITARIO. FACULTAD DE MEDICINA UCM



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



Ofelia de Lorenzo Aparici
DIRECTORA ÁREA JURÍDICO CONTENCIOSO. BUFETE DE LORENZO ABOGADOS

IMPUESTOS/FINANZAS



Natalia Aguirre Vergara
DIRECTORA DE ANÁLISIS Y ESTRATEGIA. RENTA 4 SOCIEDAD DE VALORES



José Ignacio Alemany
SOCIO DIRECTOR. BUFETE ALEMANY ESCALONA & ESCALANTE

CAPITAL RIESGO



Luis G. Pareras
MÉDICO GERENTE. INCUBACIÓN PROYECTOS EMPRESARIALES -MEDITECNOLOGÍA. BARCELONA

NUEVAS TECNOLOGÍAS



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



Óscar Gil García
GERENTE DE SANIDAD. PRICEWATERHOUSECOOPERS



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 BIOÉTICA CÉLULA SÍNDROME GEN ADN ONCOGEN

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

Preservar y potenciar la sanidad catalana

Por HELENA RIS

El informe *Repensar el modelo sanitario catalán* persigue encontrar la dirección adecuada para preservar y potenciar la sanidad de financiación pública como exponente de excelencia y de sostenibilidad. El informe también muestra el alcance del sector como motor de la economía productiva, generador de riqueza y factor de cohesión social. En estos momentos, emplea a más de 100.000 profesionales y supone un siete por ciento de la ocupación.

Más allá de la situación financiera, el informe señala que es el momento de refundar el modelo sanitario catalán, distinguiendo lo esencial de lo accesorio, y de recuperar e impulsar valores propios como la autonomía de gestión, la colaboración público-privada o la evaluación por resultados. En esta línea, el informe recoge cien propuestas concretas orientadas a procurar un mejor servicio a los ciudadanos y a fortalecer y a mejorar el sistema.

El informe confirma una vez más que el modelo catalán es eficiente a pesar de arrastrar una subfinanciación histórica que no le ha impedido mantener las cotas de calidad y excelencia que le definen. En Cataluña, el gasto sanitario *per cápita* es de 1.355,22 euros (2010) y

ha disminuido a 1.219,70 euros tras los recortes, pasando del séptimo al cuarto puesto en menor disponibilidad de recursos en relación a las otras comunidades autónomas. Sin embargo, en los últimos diez años, la población ha aumentado en más de un millón de habitantes sin que esta circunstancia se haya trasladado adecuadamente a la financiación autonómica.

Por ello, vemos más necesario que nunca un pacto sanitario entre todos los agentes del sector que sitúe la financiación catalana en la magnitud que le corresponde según su capacidad para crear riqueza. Es la hora de los compromisos y de la toma de decisiones. Lo contrario es no defender la sostenibilidad del sistema sanitario de financiación pública por su propia naturaleza y como elemento de cohesión social. Dentro de una revisión del sistema sanitario público de salud, debemos estudiar fórmulas reguladoras de la demanda que

incentiven un uso responsable del sistema como, por ejemplo, mecanismos de copago y/o tasas convenientemente reglados en las prestaciones y servicios, siempre bajo criterios de equidad y según los niveles de renta de los ciudadanos, como han hecho la mayoría de países europeos que promueven un modelo de estado del bienestar.

Estas medidas que pretenden impulsar una redistribución más justa del peso que soporta cada ciudadano en la financiación de la sanidad pública requieren un acuerdo estatal para no ocasionar precisamente el efecto contrario y se debe situar en el marco de la sostenibilidad económica presente y futura del sistema.

Asimismo, este marco debe contemplar la consolidación de un contrato que garantice unas reglas del juego conocidas y aceptadas por todos los proveedores de los servicios públicos de salud con

independencia de su figura jurídica y que promueva la colaboración público-privada y favorezca la creación de alianzas estratégicas. Este contrato articulado sobre la transparencia, equidad y objetividad debe estar respaldado por un sistema de pago adecuado para los proveedores.

Generalmente, basamos la objetividad en datos. En este sentido, proponemos una evaluación continua de los resultados vinculada a decisiones clínicas, de gestión y empresariales que repercutan en el mantenimiento y desarrollo del sistema público de salud. Por ello, hay que desarrollar instrumentos de evaluación y de rendición de cuentas que premien la eficiencia del sistema. Siguiendo esta directriz, una de las propuestas que apunta el informe es la creación de una agencia independiente de la administración sanitaria que sopesa el coste-efectividad de las prestaciones de financiación pública tanto de las que ya contempla la cartera de servicios como de las que puedan llegar a incluirse. Igualmente, vemos necesario impulsar y desarrollar la Central de Resultados, actualmente en marcha, haciendo públicas sus valoraciones sobre los resultados de los diferentes centros sanitarios. De este modo, el sistema es



RECOMENDAMOS MÁS AUTONOMÍA PARA LAS EMPRESAS PERO TAMBIÉN MÁS AUTONOMÍA Y CORRESPONSABILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Mi Punto de Vista

dotaría también de mayor transparencia en la gestión frente a los ciudadanos.

En el caso de Cataluña, resulta conveniente una revisión y análisis de los instrumentos jurídicos en las empresas públicas y consorcios, estudiando formas que permitan separar la titularidad del patrimonio de la gestión y de las instituciones proveedoras de los servicios de salud. Hay que alejarse de la burocratización y de la funcionarización. Por tanto, hace falta desplegar la ley del Institut Català de la Salut (ICS) y transformarlo en diferentes empresas públicas que puedan dotarse de mayor agilidad y eficiencia en la gestión.

Recomendamos más autonomía para las empresas pero también más autonomía y corresponsabilización de los profesionales impulsando modelos organizativos que

PARA SUPERAR RETOS DE FUTURO, ES IMPRESCINDIBLE UNA REVISIÓN DE LAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

giren sobre la empresarialización y el trabajo en red. Para superar retos de futuro, es imprescindible una revisión de las políticas de recursos humanos. La adecuación de las condiciones y aspiraciones laborales legítimas de los profesionales han de ser atractivas pero sostenibles en el marco de las posibilidades del sector. Las propuestas vinculan salario y productividad a los resultados de las empresas, a reconocer la responsabilidad profesional y a potenciar el desarrollo profesional según resultados.

Para dar respuesta a las necesidades de salud, el modelo debe centrarse en el ciudadano. El sistema debe ser más sensible a la participación ciudadana, el fomento de la libre elección y la corresponsabilización favoreciendo así una prestación más adecuada y transparente. Debemos tener en cuenta también que el envejecimiento de la población y las enfermedades crónicas conducen inevitablemente a un abordaje conjunto y de colaboración entre el departamento de Salud y Bienestar Social y Familia.

Estamos firmemente convencidos de que la propia eficiencia del sistema sanitario catalán permite realizar los ajustes necesarios para conservar, fortalecer y hacer crecer un modelo sanitario de calidad e innovación. Es la hora inaplazable de los compromisos y la toma de decisiones.

Directora general de la Unió Catalana de Hospitals.

Cosmetic SURGERY TIMES



SUSCRÍBASE
POR SÓLO 10 €
DE GASTOS
DE ENVÍO

Los últimos avances en medicina y cirugía cosmética, ahora a su alcance

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1º • 28041 MADRID
Telf.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75
suscripciones@drugfarma.com

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 Profesiones 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 cardiaca
- 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

El doctor Gadget...

Por GONZALO SAN SEGUNDO

Argumento. Juan Marrón es un médico de Atención Primaria que quiere convertirse en un eficaz especialista. Para ello sale en pos de sus pacientes y en la carrera es atropellado por los nuevos conocimientos, que le dejan seriamente politraumatizado. En las múltiples operaciones a que es sometido, el profesor SaNerSon y su equipo le insertan en el cuerpo los *inventos* modernos, precisamente esos nuevos saberes que le habían atropellado. De esta manera, el doctor Marrón se convirtió en una especie de inspector Gadget, siendo conocido desde entonces por los parroquianos como doctor Gadget.

Desarrollo. Con su título de licenciado en Medicina y Cirugía y sus cuatro años de residencia, Juan Marrón, ligero de equipaje, estirado, pelín presuntuoso y cargado de ilusiones, se instala en la consulta y comienza a ver pacientes. Solo quería ser un buen médico de familia, eso sí, actualizando cada cierto tiempo los conocimientos hasta entonces adquiridos. Pero unos y otros (pacientes, jefes, legisladores, gobernantes) le exigían cada vez más, hasta que un mal día (o bueno, según se mire) confesó a un colega: “¡No puedo más!”. Y vino el atropello.

Del quirófano salió totalmente transformado, casi irreconocible, convertido ya en doctor Gadget. Le habían implantado unos artilugios psicomoverbales para comunicarse con sus pacientes con el fin de que hubiera *feedback* (buen rollo). Asimismo, le colocaron un teclado entre los dedos y una pantalla en la frente (la historia clínica digital), le implantaron un *blackberry* en las narices (para las citas previas) y le rodearon de redes, dicen que sociales. También le adhirieron un

manual de gestión en la barbilla y un diccionario de inglés en la rodilla derecha. Le inyectaron cultivos de resignación que mutaron en cabreo. Y no faltaron las dosis de exigencia y las palmaditas en la espalda.

... Y EL JOROBADO DE LA CONSULTA

Tantas palmaditas ahí recibió el doctor Gadget, que los artilugios se le fueron cayendo. Pero los conocimientos que le habían proporcionado, las obligaciones que había adquirido, los 54 pacientes que tenía que atender cada día con cita previa (más los que se presentan porque sí) y las tareas burocráticas que no disminuían en la consulta cada vez le pesaban más. Juan Marrón volvió a ser el doctor Marrón. Eso sí, más enciclopédico y estresado, con el mismo sueldo en la nómina. Y más *echa'o p' delante* debido al peso que su figura tenía que soportar.



HAY QUE SER MÁS ESPECIALISTA QUE EL ESPECIALISTA, CONVERTIR LA CONSULTA EN UN MINI HOSPITAL

Llegan los tiempos de ajustes y recortes, pero el sobrecargo de trabajo ni se ajusta ni aligera. Al contrario. La autoridad presiona. Hay que ser más especialista que el especialista, convertir la consulta en un mini hospital. ¿Y con qué equipaje se emprende ese viaje? La autoridad mete cursos y guías clí-

nicas en la mochila del doctor Marrón, y un buen día amanece convertido en oftalmólogo, psiquiatra, dermatólogo, otorrino y traumatólogo. Más peso, más carga, más responsabilidad. “¿Y los aparatos técnicos correspondientes?”, pregunta. “Escriba una carta a los *boys* de la Generalitat”, le contestan.

Desenlace. Un buen día, el doctor Marrón entra en la consulta tan cabizbajo y apesadumbrado, que María Jesús, la enfermera, se extraña: “¿Le ocurre algo, doctor?”. Y él, sin levantar la vista del suelo, se resigna: “Me han jorobado, Chus, me han jorobado”.

Avanzar sin etiquetas

Por **FERNANDO MUGARZA**

Apuntarse a la defensa a ultranza de todo lo público frente a lo privado pasa por ser una constante, como si en la iniciativa privada vinculada a la sanidad o la educación acampasen todos los males y amenazas para nuestra sociedad occidental evolucionada, y todo lo que tiene un matiz público guardara la quintaesencia del desarrollo, cuando, en realidad, este discurso manido solo es reflejo de una dialéctica interesada y fuera de lugar. Las empresas y los emprendedores privados se traducen en desarrollo, riqueza y progreso para una sociedad avanzada como la nuestra.

La pregunta es: ¿Cómo es posible tal discurso asimétrico? Por un lado, defienden con realismo y don de oportunidad la iniciativa privada a través del capital y del *establishment* financiero mediante los planes de pensiones y jubilación privados y por otro denostan de esa misma iniciativa privada vinculada en este caso a la educación y la salud. ¿Cómo se entiende tal incongruencia de principios y fines?

La confianza en la iniciativa privada debería ser plena, apoyando decididamente el factor emprendedor en el segmento que sea de nuestro tejido industrial y social. La iniciativa privada en la sanidad de entrada ofrece mejores ratios de eficiencia en la gestión que la sanidad pública, mantiene un crecimiento constante a pesar de la situación de crisis económica que nos toca vivir, es elegida por más del 85 por ciento de los funcionarios frente al entorno público y es reconocida por parte de sus más de diez millones de usuarios como una de las más competentes y mejores en términos de acceso y confortabilidad, muy especialmente si nos basamos en datos de resultados de salud, ya que aborda la complejidad médica y sanitaria desde los más elevados estándares de calidad y exigencia.

La iniciativa privada es fundamental, clave en cualquier faceta de la vida, pero muy especialmente en el segmento sanitario, ya que promueve la sana competencia entre los centros, estimula los procesos de I+D+i vinculados al desarrollo farmacológico, tecnológico y clínico y promueve una formación continuada de calidad, y todo ello con ilusión, ahínco y tesón.

Lo más importante llegados a este punto de crisis del sistema sanitario público, no es tanto el parchear un entorno que empieza

a padecer y resentirse gravemente de su propio éxito, sino volver la vista al paciente, quien, como decía Marañón, debe ostentar el centro y el centro de toda nuestra actividad.

La sanidad pública y privada están destinadas a entenderse ya que es difícil comprender la una sin la otra, y es más, es imposible vislumbrar un futuro floreciente para la sanidad pública sin el concurso, la sinergia, la complementariedad y la integración de una sanidad privada que la descarga de gasto y de presión asistencial y que, por su propia importancia en términos absolutos asistenciales y de número de asegurados, tendría que participar en la definición estratégica del sistema.

La solución a las deficiencias ha de pasar necesariamente por tener en cuenta a la sanidad privada a la hora de establecer los ejes estratégicos sobre los que pivotar un sistema solvente y eficiente con las características que le son innatas de acceso, universalidad y equidad.

Gracias a la inversión del sector privado se permite ofrecer una asistencia sanitaria allí donde existe una infraestructura insuficiente, lo que garantiza la accesibi-

lidad y la equidad de la asistencia para toda la población. En el sector de la sanidad privada se aborda la complejidad asistencial, investigadora y formativa en toda su extensión; sin ir más lejos, en ella se realizan con independencia de la actividad concertada el 18 por ciento

de los tratamientos de quimioterapia, el 21 por ciento de los tratamientos de radioterapia y otras actividades de gran complejidad.

La crítica injustificada y feroz a un sector clave como el de la sanidad privada cuando menos es injustificada y desde luego inapropiada, ya que aporta el 2,51 por ciento del PIB español (27,5 por ciento del gasto sanitario total) y genera más de 250.000 empleos cualificados. El sector sanitario privado representa un elevado peso en el sector productivo español, es un motor de empleo, genera riqueza a la sociedad y está fundamentalmente financiado (más del 70 por ciento) por el copago que voluntariamente realizan los usuarios del sector. Además, libera recursos de la sanidad pública, mejora la accesibilidad de la población, desarrolla actividad de alta complejidad a través de los más recientes avances tecnológicos, persigue la mejora continua de la calidad, contribuye a la formación de los profesionales sanitarios y es un motor de avance en la investigación.



EN EL SECTOR DE LA SANIDAD PRIVADA SE ABORDA LA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL, INVESTIGADORA Y FORMATIVA EN TODA SU EXTENSIÓN

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

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



FORMACIÓN

Más extracomunitarios optan al MIR este año

Un total de 37.799 titulados universitarios optan este año a las 8.264 plazas de formación sanitaria especializada de la convocatoria 2011-2012, convocadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. De esas plazas, 6.707 son para médicos, 309 para farmacéuticos, 19 para químicos, 141 para psicólogos, 52 para biólogos, 34 para

radiofísicos y 1.002 para enfermeros.

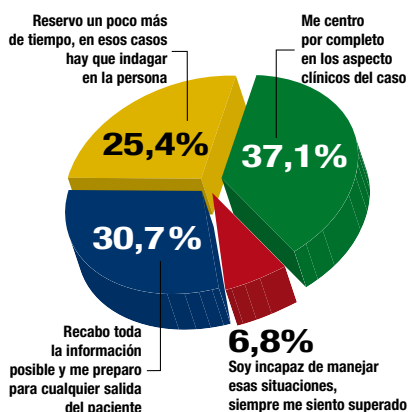
El número de médicos extracomunitarios que se ha presentado a esa convocatoria por una de las plazas MIR no afectadas por el cupo han aumentado un 15 por ciento (239 médicos) respecto a los datos del año pasado, según la Vocalía de Médicos en Formación de la OMC. La Vocalía lo ha puesto de manifiesto tras desagregar

los datos de los médicos admitidos a la prueba selectiva correspondiente a la convocatoria del año 2011. De estos datos, destaca el aumento de los extranjeros con permiso de residencia temporal frente al descenso de los que tienen permiso de residencia permanente. Un trasvase que no afecta a la elección de plazas ya que ambas categorías computan como comunitarias.

ENCUESTA

¿CÓMO AFRONTA LAS VISITAS DE LOS PACIENTES "DIFÍCILES"?

Ante un paciente difícil, la mayor parte de los participantes en la encuesta de *Medical Economics* (37,1 por ciento) opta por centrarse en los aspectos clínicos del caso para evitar mayores complicaciones. Por contra, el 30,7 por ciento prefiere contar con toda la información adicional posible para estar seguro de que sabrá manejar la situación, mientras que el 25,4 por ciento afirman que prefieren dedicarles a este tipo de pacientes más tiempo para averiguar cuál es el verdadero problema. Tan solo un 6,8 por ciento de los encuestados reconocen no ser capaces de manejar la situación y sentirse superados por ella.



PROFESIÓN

CRECE LA EMIGRACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS



El éxodo en busca de mejores condiciones laborales y vitales no es nada nuevo para los españoles. Tampoco para los profesionales de la sanidad. Gran Bretaña, Francia, Portugal e Italia se nutrieron profusamente en la década de los noventa de los licenciados españoles, especialmente en el caso de la Enfermería. Y la historia parece repetirse.

Según datos de la Organización Médica Colegial, más de 1.400 licenciados en Medicina solicitaron el pasado año sus certificados académicos para conseguir un empleo fuera de España. Eso supone un incremento de 14% con respecto a 2010.

Atesorar una experiencia personal diferente y aprender el idioma siguen siendo aspectos fundamentales a la hora de hacer las maletas, pero cada vez pesa más la mala situación económica del país, el futuro incierto del Sistema Nacional de Salud y la búsqueda de más reconocimiento profesional.

PACIENTES

LIBROS, REVISTAS Y PERIÓDICOS PIERDEN PESO COMO REFERENTE DE INFORMACIÓN MÉDICA

Un estudio estadounidense realizado por el *Center for Studying Health Systems Change* parece haber detectado un cambio de tendencia en el comportamiento de los pacientes al señalar que estos acudieron durante 2010 con menos frecuencia a fuentes de información diferentes de sus médicos. La proporción de adultos que usaron otras fuentes fue ese año del 50 por ciento frente al 56 registrado en el 2007. El descenso no afecta al uso de Internet ni a los consejos dados por amigos o familia, sino al porcentaje de personas que recurren a libros, revistas o periódicos, que ha descendido en casi un 18 por ciento.

El mayor descenso se ha registrado en personas mayores y enfermos crónicos, así como en pacientes de bajo nivel educativo.

El mismo estudio afirma que aquellas personas que se preocupan por buscar información adicional suelen manejar mejor su enfermedad y muestran una mayor capacidad en prevención y adhesión a los tratamientos.

A la misma conclusión se llegó recientemente en la jornada *Salud 2.0: Nuevas herramientas aplicadas a la salud*, celebrada en Navarra. En la misma participaron varios expertos que concluyeron que la interacción *on line* de los pacientes crónicos con profesionales de la salud permite reducir reingresos y visitas a urgencias, además de ahorrar costes.

FINANZAS

LAS FAMILIAS PONEN LA MITAD DE SUS AHORROS EN DEPÓSITOS Y CUENTAS

Algo más de la mitad (el 50,3 por ciento) del ahorro familiar, cifrado en 1,71 billones de euros a finales del tercer trimestre de 2011, se encuentra en depósitos a plazo (45 por ciento) y cuentas bancarias a la vista (5,3 por ciento), según los últimos datos de Inverco y del Banco de España. Esto es debido a la incertidumbre que domina los mercados desde el estallido de la crisis, en junio de 2007. El resto del ahorro financiero de las familias españolas está repartido en renta variable, 16,9 por ciento; seguros, 9,5 por ciento, especialmente seguros de vida; instituciones de inversión colectiva (sociedades y fondos de inversión), 7 por ciento; fondos de pensiones, 5,2 por ciento, y otros activos financieros, como renta fija y crédito.

OJO AL DATO / SOCIOLOGÍA PROFESIONAL

76% de las aspirantes a formación sanitaria especializada en 2012 son mujeres

El número de mujeres que optan a una plaza en Medicina es de

8.139

13.834 es el número total de candidatos a una plaza MIR este año

Enfermería es la especialidad en la que el predominio femenino es mayor, la mujeres son en este caso el

88,27%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Por **MARÍA GRACIA RUIZ NAVARRO**

Gestión por valores: aliada de la humanización

La humanización de la atención sanitaria ha sido una constante en las agendas de los responsables de políticas sanitarias, tal y como plasman las distintas normativas y documentos surgidos desde el año 1986, con la Ley General de Sanidad. Pese a toda esta batería documental generada entonces, en ocasiones, la humanización de la atención, la del cuidado, se aprecia como algo asintótico, debido, entre otras cosas, a los avances científicos, tecnológicos y farmacéuticos. Como profesionales sanitarios, parecemos más interesados en la tecnología que en el fondo de nuestra esencia, que es el ser humano: ¿por qué no somos capaces de alcanzar un equilibrio?

La doctora Jean Watson, autora de la Teoría del Cuidado Humano, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización del cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de la salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.

La bioética, tal y como indicaba Potter, “ha aparecido como una nueva materia de estudio que enlaza los conocimientos biológicos con el sistema de valores humanos”. La aplicación entonces de los principios éticos partiendo del respeto no debe ser perdida de vista ni por los gestores, ni por

los profesionales, ni por los pacientes. El paradigma tecno estructural en el que se desenvuelve hoy en día la atención sanitaria requiere de una gestión, tal y como describió Watson, que permita aportar validez en un entorno de competitividad creciente y que consiga, de todas las personas que

TODA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEBE ORIENTARSE AL RESPETO Y LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA

forman parte de una institución, alcanzar elevados niveles de confianza, compromiso, creatividad y rendimiento, adquiriendo así importancia la dirección por valores.

NUEVO PARADIGMA

La dirección por valores supera a la dirección por instrucciones de principios de siglo y la dirección por objetivos de la década de los 60, y es, junto al modelo de dirección por competencias, uno de los paradigmas de la gestión actual y una herramienta de liderazgo estratégico, que posibilita la humanización de las instituciones y potencia la legitimización, cohesión y credibilidad del equipo directivo ante sí mismos, los trabajadores y el resto de la sociedad. Tom J. Peter y Robert H. Waterman, en su libro *En busca de la excelencia*, editado en el año 1982, ya concluyen que las instituciones que eran gestionadas me-

dante valores, obtenían resultados espectaculares y eran consideradas excelentes.

En este contexto, las direcciones de enfermería deben diseñar estrategias y acciones desde la implicación y el compromiso con un liderazgo activo que consiga el desarrollo y la participación de todas las personas (equipos de cuidados), para rediseñar un modelo de gestión de cuidados por valores que nos oriente a la mejora de la gestión de los valores del cuidado enfermero; la gestión del conocimiento enfer-

mero compartido y comunicado con los profesionales del equipo de cuidados; y el compromiso con el respeto a los valores y creencias de la persona, en la toma de decisiones sobre el cuidado de su vida y su salud, y con

la atención al estado de vulnerabilidad de la persona que requiere cuidados enfermeros.

Toda la atención de enfermería debe tener una visión holística e integral, es decir, orientada al respeto

y la autonomía de la persona; es así como la atención de enfermería se convierte en el contexto propicio para la generación de actitudes, comportamientos y valores que le dan sentido y razones para convertirse en el auténtico motor de cambio hacia la dirección por valores. Considerar a las personas como fines en sí mismas es una oportunidad que debemos conceder a nuestro sistema sanitario para lograr las cotas de eficiencia que, a día de hoy, son necesarias para mantener el mismo.

PUNTOS CLAVE

La aplicación de los principios éticos no debe ser perdida de vista ni por los gestores, ni por los profesionales, ni por los pacientes

La dirección por valores supera a la dirección por instrucciones y a la de objetivos

Pedro González de Castro, presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

“La medicina del trabajo continúa sin tener su espacio en la formación del médico”

La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) cuenta desde el pasado mes de noviembre con un nuevo presidente. Pedro González de Castro, hasta la fecha presidente de la Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo, asume su nuevo cargo dispuesto a “engrandecer la especialidad en todas sus facetas”.

PREGUNTA. ¿Qué objetivos se ha planteado alcanzar durante su mandato?

RESPUESTA. El contexto actual de nuestra especialidad es exigente y complicado, pero también apasionante. Mi elección como presidente implica una gran confianza y una gran responsabilidad que encauzaré hacia el engrandecimiento de la especialidad y hacia la mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales que a ella nos dedicamos, estando convencidos que el beneficio final de todo ello no puede ser otro que el mejor cuidado de la salud, en todas sus fases, de aquellas personas que depositan en nosotros su confianza para que su trabajo cotidiano no sea también el origen de patología.

P. ¿Cuáles son los problemas más urgentes a los que se enfrenta la medicina del trabajo en España?

R. Hoy día padecemos el problema de la deficiente planificación sobre el imprescindible equilibrio entre empleo y formación, encontrándonos con unos resultados desalentadores: la medicina del trabajo continúa sin tener ni encontrar el necesario espacio durante la fase de formación del médico, el facultativo especialista no se considera, como norma general, reconocido en su trabajo y todo ello hace que el acceso de nuevos residentes se vea también afectado de forma negativa, mientras que la formación especializada precisa aún una mejor planificación y una dotación de recursos que realmente la adapte a las necesidades de empleo que la sociedad y el mundo empresarial demandan. Además de todo lo



anterior, estamos también muy preocupados con la repercusión negativa y real que la aplicación del Real Decreto 843/2011 pueda tener sobre el ejercicio de la medicina y la enfermería del trabajo en España.

P. ¿Qué es más preocupante para su especialidad: el trabajo o la falta de él?

R. Obviamente, ambos están muy relacionados hasta el punto de considerarlos dos caras de una misma moneda. Personalmente soy muy optimista con respecto al futuro de la especialidad, pero también muy crítico y exigente con nosotros mismos como responsables y actores principales de nuestro futuro. Es obvio que son necesarios e imprescindibles una serie de cambios normativos y estructurales que hemos de saber identificar y demandar, pero también tenemos que exigirnos unidad de actuación, formación, rigor científico y entrega personal para mantener la mente abierta y alerta, saber captar lo que ocurre en nuestro entorno y acertar en nuestro diagnóstico de lo que nos llegará con el devenir del tiempo al objeto de estar preparados y saber aprovechar las oportunidades que seguro han de llegar.

P. ¿Se han incrementado los problemas de salud asociados al trabajo en los últimos años coincidentes con la época de crisis?

R. La forma de enfermar de la población, y por ende también de la población laboral, es siempre un proceso dinámico y sujeto a cambios en función de muchos

factores: innovación tecnológica, incorporación de nuevos productos químicos, nuevas formas de organización del trabajo, etcétera. La crisis que actualmente atravesamos es, sin duda alguna, un factor que condiciona la salud y que nos debe reafirmar en nuestra convicción de valorar el ejercicio correcto de nuestra especialidad como una herramienta muy útil para luchar contra la enfermedad.

P. El próximo mes de octubre se celebra el XIV Congreso de la SEMST, ¿puede hacer algún avance acerca de cuáles serán sus temas estrella?

R. Entre los días 17 y 19 de octubre del presente año, la SEMST celebrará en Toledo su XIV Congreso que está organizado por la Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo. Será mi primer Congreso como presidente y su lema: “La salud laboral y prevención de riesgos a debate: información, integración y participación” es toda una declaración de intenciones en cuanto a respuesta a las necesidades actuales de la especialidad y al imprescindible debate para la integración de todos los profesionales implicados, de una u otra manera, en beneficio de la salud de la persona en su puesto de trabajo. Algunas de sus líneas estrellas son las políticas y las estrategias en prevención de riesgos laborales, la revisión de los protocolos en vigilancia de la salud, la coordinación y la integración con la medicina primaria del sistema público de salud y un tema novedoso en nuestros congresos: la importancia de los medios de comunicación y las redes sociales en la sensibilización para la creación de una auténtica cultura preventiva. Personalmente, estoy muy ilusionado con este Congreso.



Premios Medical Economics, el valor de la excelencia

MEDICAL ECONOMICS REUNIÓ A MÁS DE 400 PERSONAS DURANTE EL ACTO DE ENTREGA DE SUS PREMIOS ANUALES. ESTE AÑO LOS COLEGIOS PROFESIONALES SE ESTRENARON CON CATEGORÍA PROPIA EN RECONOCIMIENTO A SU ACTIVIDAD Y LA EMOTIVIDAD LA PUSIERON LOS GALARDONES ESPECIALES A JUAN ABARCA CAMPAL Y JOSEP CARRERAS

Coincidiendo con su noveno aniversario, la revista *Medical Economics* entregó el pasado 26 de enero sus galardones anuales que premian la labor de las entidades sanitarias más destacadas en el año precedente. El escenario elegido para el evento fue el Hotel Palace de Madrid donde se congregó una selecta representación del sector sanitario que avalaba de esta manera unos premios que se han convertido ya en un referente del área sanitaria. El acto, primer gran evento del año para el sector sanitario, tuvo un gran éxito de público, reuniendo a más de 400 personas.

Mario Mingo Zapatero, presidente de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso, y Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*, presidieron la ceremonia acompañados por los dos directores asociados de la revista, Gonzalo San Segundo y José María Martínez, y por el coordinador editorial, Enrique González Morales, que actuó como presentador del acto.

Manuel García Abad aprovechó su intervención para realizar un análisis de la actual situación de la sanidad que, explicó, “se puede presentar como una tragedia clásica en tres partes con presentación, nudo y desenlace”. Recordó que “la presentación de esta tragedia se remonta a la década de los años ochenta, cuando la preocupante realidad sanitaria justifica la realización del *Informe Abri!*”. Por su parte, el nudo correspondería a los dos últimos años cuando comienzan a ser patentes las deficiencias de un sistema que, con todo, sigue siendo considerado uno de los mejores del mundo y sigue contando con el respaldo de la ciudadanía. Por último, el desenlace, que “suele estar precedido de una catástrofe”, señaló el editor de *Medical Economics*, bien podría darse en 2012 dado la cantidad de augurios y profecías que apuntan a este año y de las que Manuel García Abad hizo un humorístico recuento. Sin em-

Juan Abarca Campal, Premio Especial Trayectoria Profesional

“La libertad de la medicina debe ser eterna”

Juan Abarca Campal, fundador, presidente y consejero delegado de HM Hospitales, recibió este año el Premio Especial a la Trayectoria Profesional. “Corrían los principios de los años 90 y, como cirujano, llevaba 15 años de trabajo profesional, que ejercía en diferentes centros de Madrid, cuando me percaté de que los médicos, y sobre todo los cirujanos, asumíamos la responsabilidad de algunos gerentes, para los cuales los resultados financieros eran lo más importante”, recordó Abarca Campal, tras recoger el galardón de manos de Mario Mingo, explicando que debido a este motivo, “los cirujanos estábamos siempre, en el ‘descansillo del miedo’”.

“Para evitar esta situación -continuó-, nos hicimos empresarios de la sanidad privada española, creando un decálogo que contiene los principios básicos de esta sanidad. Así, aparte de ‘aprender a no tener que operar’ cuando no es necesario, se mantendrían, en la práctica, principios inmutables tales como la vocación, que necesita la libertad como medio imprescindible para el buen curar. Para ello es conveniente participar en el control del hospital con los otros componentes de la sanidad, ya que tienen intereses contrapuestos”.

En este sentido, el fundador de HM Hospitales compartió con los presentes su visión del “buen curar”, que “debe analizar todas las circunstancias de cada enfermo en particular”. “Si este sufre angustia mientras es tratado, el médico no tiene vocación; si el profesional no es capaz de evitársela, no tiene libertad”, añadió, destacando como “imprescindible considerar al médico, pues para que la dolencia del enfermo sea pasajera y no se enquisté, la libertad de la medicina debe ser eterna”.

En palabras de Juan Abarca Campal, que estuvo arropado en este acto por toda su familia y otros miembros de HM Hospitales, “en una empresa como un hospital, donde hay tanto de intangible, este adquiere valor en función de los resultados médicos conseguidos”.

“Con esta filosofía -dijo-, y arriesgando fuertemente, junto con otros compañeros y personas particulares, hemos puesto en marcha en estos últimos 20 años HM Hospitales, que cuenta actualmente con seis hospitales universitarios, entre ellos dos monográficos, con 655 camas, más de 500 médicos, la mayoría de ellos con dedicación exclusiva, y en total más de 2.000 puestos de trabajo directos”.

Finalmente, el presidente de HM Hospitales garantizó la continuidad del grupo con los mismos avales de profesionalidad y excelencia que le han permitido su consolidación actual. “Nuestro proyecto irá adelante si siguen con la misma ilusión y el mismo esfuerzo los integrantes de la segunda generación. Que no olviden que solo tras muchas generaciones llega una familia a un nivel social y económico óptimo; descender de él es casi inmediato si por alguna circunstancia adversa el cabeza de familia pierde la salud”, concluyó.



De izqda. a dcha., Enrique González Morales, José María Martínez, Mario Mingo, Manuel García Abad y Gonzalo San Segundo.

bargo, el editor quiso acabar su intervención con un mensaje de optimismo de cara al futuro y aseguró que “nos seguiremos esforzando para hacer cada día mejor nuestro trabajo”.

RECONOCIMIENTO PROFESIONAL

Por su parte, Mario Mingo retomó ese mensaje de optimismo al clausurar el evento y aseguró que “estos galardones son un estímulo para seguir trabajando cada día y que el sistema nacional de salud siga siendo un referente mundial”. Ese mismo optimismo fue retomado por los premiados en el momento de subir al estrado, ya que todos subrayaron la importancia de este tipo de reconocimientos para seguir avanzando, más aún, si cabe, en tiempos complicados como los actuales.

En esta edición, los galardones han reconocido como hospitales con Mejor Innovación/Gestión al Hospital Moncloa en la categoría de sanidad privada y al H. U. 12 de Octubre como centro público. Juan José Fernández Ramos, gerente del Hospital Moncloa fue el primer premiado de la noche en recoger su galardón. Un emocionado Fernández Ramos destacó la importancia que para su hospital tiene un premio “otorgado por una publicación que actúa como referente y como faro, y en la que nos dejan decir cómo se hacen las cosas”. El Hospital 12 de Octubre también estuvo representado por su gerente, Carmen Martínez de Pancorbo, quien quiso resaltar la importancia que el pasado año tuvo para su centro, ya que durante él “hemos terminado muchos



Algunos de los premiados y sus acompañantes en el trascurso de la entrega de galardones. En primer término los representantes del COMB, el COEGI, Philips y el H.U. 12 de Octubre.

proyectos de investigación y clínicos, pero también proyectos horizontales que afectan a las infraestructuras y a la gestión, proyectos en los que todos los trabajadores se ven afectados”.

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) recibió el premio como mejor aseguradora, recogido por su presidente Miguel Carrero quien, sin ocultar su satisfacción, aseguró que “no pretendíamos ser los mejores, pero lo somos”.

En el campo de la información a los pacientes han sido distinguidas la campaña “Alzheimer Internacional 2011” de las fundaciones Reina Sofía y Pasquall Maragall, la labor de Sanofi Pasteur MSD y la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder). Charo Pérez Couto, directora de comunicación de Sanofi Pasteur MSD, destacó que “dirigimos nuestra labor diaria a la promoción de la salud” y que seguirán incentivando esa promoción ya que “todos tenemos que ser conscientes de que protegiéndonos individualmente protegemos a la colectividad”.

Arturo Luis Coello, secretario de la Fundación Reina Sofía, y Santiago de Torres, vicepresidente de la Fundación Pasquall Maragall, recogieron el premio a la mejor campaña sanitaria, momento que Coello aprovechó para recordar que todo el dinero recaudado durante la misma se invertirá en el proyecto de investigación que la Fundación Reina Sofía desarrolla en su centro para el Alzheimer de Madrid.

En cuanto al premio a la asociación de pacientes, fue recogido por Claudia Delgado González, directora de Feder, quien recordó que “vivir con una enfermedad rara supone un sobreesfuerzo” y aprovechó la ocasión para anunciar la celebración del Día Mundial de las Enfermedades Raras el próximo 29 de febrero.

También resultaron premiados en esta edición Jansen Cilag, por su compromiso con el fomento de la investigación en salud y medicina, y Philips Ibérica y PricewaterhouseCoopers (PwC) como mejores aporta-

Josep Carreras, Premio Especial Jurado

“Yo tengo como instrumento mi voz, y la presto para luchar contra la leucemia”



Josep Carreras fue el elegido este año por el Consejo de *Medical Economics* para recibir el Premio Especial del Jurado. Su hija Júlia recibió el galardón mientras que el tenor, que no pudo asistir en persona a la ceremonia, envió una grabación de vídeo en la que agradecía el reconocimiento y explicaba que “la lucha contra la leucemia es, junto a mi familia y la música, el eje fundamental de mi vida”. Y añadía: “Incluso más que mi profesión, fue la leucemia la que me

demonstró la enorme fortuna de mi vida”. Por eso, asegura Carreras, “me sentía en deuda con la sociedad y la ciencia”.

Por último, el cantante recordó que “tengo como instrumento mi voz que presto, con ilusión y entusiasmo, en beneficio de la lucha contra esta grave enfermedad”.

ciones en tecnología y consultoría sanitaria, respectivamente. Martín Sellés Fort, presidente de Janssen Cilag, mostró su satisfacción por la consecución del galardón y afirmó que “nuestro objetivo como compañía no es otro que investigar para resolver enfermedades y problemas que actualmente carecen de solución” y destacó que “Janssen dedica veinte millones de dólares diarios a hacer I+D”. Sin embargo, el presidente de Janssen no quiso dejar pasar la oportunidad para mostrar su preocupación ante la actual situación de la farmacia en España ya que, aseguró, “para mantener este nivel de inversión necesitamos argumentos [ante su casa matriz] para mantenerlo, y en España cada vez tenemos menos”.

Tanto Ignacio Ayerdi, presidente de Philips, como Ignacio Riesgo, director de sanidad de PwC, destacaron el papel de sus respectivas compañías como “empresas de salud”. Ayerdi señaló que “2012 es un año especial para Philips, ya que cumplimos 120 años, de los cuales cien han estado dedicados a la tecnología sanitaria” y añadió que “en 2011, 500 millones de personas en el mundo interaccionaron al menos una vez con un dispositivo de Philips”. Por su parte, Ignacio Riesgo aseguró que “en



Juan Abarca Campal, en la primera fila junto a su esposa e hijo, recibió el Premio Especial Trayectoria Profesional.

PwC nos consideramos sanitarios porque trabajamos codo con codo con compañías sanitarias”. Por ello, declaró “agradecemos que *Medical Economics* haya constatado esta realidad”.

El premio a la actividad colegial tuvo un triple reconocimiento a las tres ramas de la profesión galardonando al Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), el Colegio Oficial de Enfermeras de Guipúzcoa (COEGI) y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM). Este era el primer año que los Premios *Medical Economics* reconocían la labor profesional de los colegios algo que estos agradecieron especialmente. María Jesús Zapirain, presidenta del COEGI, destacó que la enfermería “está viviendo un momento efervescente,



El acto fue un éxito de público: unas 400 personas abarrotaron la sala del Hotel Palace en la que se celebró la ceremonia.

aunque todavía queda mucho por hacer”. Alberto García Romero, presidente del COFM, señaló que “es más necesario que nunca aportar estabilidad y profesionalidad”, mientras que Miquel Vilardell, presidente del COMB, aseguró que “hay que transmitir esperanza” y defendió su creencia en que “al final del camino habrá algo diferente y probablemente mejor, porque disponemos de unos profesionales excelentes que además tienen valores personales, que es lo que hace falta hoy en día”.

Cerraron el palmarés los dos premios especiales *Medical Economics* que distinguieron al doctor Juan Abarca Campal por su trayectoria y logros profesionales y a Josep Carreras por su contribución a la lucha contra la leucemia gracias a la Fundación que lleva su nombre.

CERTAMEN DE ARTÍCULOS

La noche se cerró con la entrega de los premios del III Certamen de Artículos *Medical Economics* 2011 que correspondieron a M^a Pilar Arroyo, Gran Premio; y a José Camilo Vázquez, premio Médicos Jóvenes. La primera es médico de familia en la Zona Básica de Huarte-Esteribar (Navarra), mientras que José Camilo Vázquez Caubet es residente de psiquiatría en el Hospital 12 de Octubre.

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 IberoCruceros los ganadores pueden disfrutar de sendos cruceros: 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.



Por filas, los premiados de esta edición: Juan José Fernández-Ramos (H. Moncloa); Carmen Martínez de Pancorbo (H.U. 12 de Octubre); Miguel Carrero López (PSN); Charo Pérez Couto (Sanofi Pasteur MSD); Arturo Luis Coello (Fundación Reina Sofía) y Santiago de Torres (Fundación Pasqual Maragall); Claudia Delgado González (Feder); Martín Sellés Fort (Janssen Cilag); Alberto García Romero (COMF), M^a Jesús Zapiraín (COEGI) y Miquel Vilardell (COMB); Ignacio Ayerdi (Philips Ibérica); Ignacio Riesgo (PwC); Juan Abarca Campal (HM Hospitales), Júlia Carreras (en representación de Josep Carreras); y en las dos últimas fotos los ganadores del Certamen de Artículos de *Medical Economics* José Camilo Vázquez y M^a Pilar Arroyo.





Miquel Vilardell (COMB), segundo por la derecha, con Jerónimo Fernández Torrente, Ricard Gutiérrez Martí y Juan José Rodríguez Sendin (CGCOM).



Manuel García Abad, Francisco Ivorra (Asisa) y Juan José Fernández-Ramos (H. Moncloa).



Honorio Bando (ISCIII), Belén Prado (Consejería de Sanidad CAM) y Alfonso Monfort.



Mario Mingo junto a Manuel García Abad a su llegada al Hotel Palace.



Gonzalo San Segundo acompañado de Ignacio Ayerdi (Philips).



Felipe Aguado, Claudia Muñoz, Antonio Bascones, Honorio Bando (ISCIII), Carlos Nicolás (Acta Sanitaria), Ricardo de Lorenzo y Rosa María Vilariño.



Felipe Aguado, Claudia Muñoz, Carlos González Galán (COM de Madrid), Rosa María Vilariño y Miguel García Alarilla (COM de Madrid).



La directora de Feder, Claudia Delgado (segunda por la izqda.) junto a Gilbert Credi (Archimedes Ibérica) y Rafael García Plata.



Rogelio Pardo (Madrid BioCluster), Manuel García Abad, Enrique Bermejo (Nutricia), Luis Truchado (Eurogalenus) y Fernando Martín Delgado (Quintiles).



A la izquierda, Mariano Muñoz (Mediterránea de Cátering), Ángel Puente (Cogesa), en el centro, y acompañantes.



Enrique González, José María Martínez, Mario Mingo, Manuel García Abad y Gonzalo San Segundo.



Rocío Herrero y Assumpta Peral (Escuela Superior de Óptica-UCM), con José María Martínez (Medical Economics).



Manuel García Abad con Francisco Ivorra, presidente de Asisa-Lavinia.



Carlos Zarco y Sagrario Mayoraes (Hospital Moncloa) con Luis Silva (Bestprofile) y Benito Pérez (Asisa).



Gabriel Masfurroll, fundador de USP Hospitales, actualmente al frente de Wings 4 Business.



Ana Céspedes (Merck Serono) y Carlos Mur de Viú (Instituto Psiquiátrico José Germain).



José María Martín Gavín (PSN) y Manuel García Abad.



Manuel García Abad, Miguel Carrero y Alberto García Romero.



Miguel Carrero, Claudia Muñoz, Rosa María Vilarinho y Felipe Aguado.



Victoria Ayala (Oximesa), Lourdes González Gómez (Sedisa), Carlos Velasco (Oximesa) y Mariano Avilés (Asociación Española de Derecho Farmacéutico).



Miguel Fernández de Sevilla (UCM), Jordi Bozal (Arbora & Ausonia), Margarita Alfonso (Fenin), Belén Prado y Máximo González Jurado (Consejo General de Enfermería).



Carmen Martínez de Pancorbo (H. U. 12 de Octubre) con Félix López (HM Hospitales).



Miguel Morgado (COM de Cádiz) y Eudald Bonet (COM de Girona).



El matrimonio Abarca, a su llegada al Hotel Palace.



Alba María Soutelo (COF Pontevedra), Marta Fernández Teijeiro (COF Cantabria), Carlos Muñoz (COF Las Palmas) y Alberto García Romero, en el extremo derecho.



Raúl del Mazo, (S.P.A.), Martín Sellés (Janssen Cilag) y Juan del Llano (Fundación Gaspar Casal).



Luis Truchado (Eurogalenus), José Luis Fumanal (Grupo Ferrer), Beatriz Vicén (Bayer), Ana Céspedes (Merck Serono) y Juan Blanco (Bayer).



Manuel García Abad, Pedro Jarque y Marisa García (ambos de Chiesi).



Rafael García Plata, Gilbert Credi, Manuel García Abad y Alfonso Monfort.



Parte de la plantilla del Hospital Moncloa, que estuvo ampliamente representada en la ceremonia.



Riqui Villaruel (Janssen Cilag), Juan del Llano (Fundación Gaspar Casal) y Beatriz Rodríguez (Medical Economics).



Pedro Jarque, Manuel Martín y Margarita Izquierdo.



Manuel García Abad, Mariano Avilés, Diego Llorente (Club Médico), Marisa Calderón (HM Hospitales), Antonio Urbistondo y Lorenzo Espiga.



Los ganadores del III Certamen de Artículos de Medical Economics: José Camilo Vázquez y María Pilar Arroyo.



Máximo González Jurado, Inmaculada Sánchez (COEGI), Rafael Lletguet (Consejo de Enfermería) y Marilia Segura.



M^a Luisa González (Hospital Cruz Roja Madrid), Carlos Velasco y Victoria Ayala (Oximesa), Manuel García Abad, Gonzalo San Segundo y Enrique González Morales.



Luis Truchado (Eurogalenus) y José María Martínez (Medical Economics).



Miembros de la plantilla de gestores de procesos del Hospital Moncloa.



Manuel García Abad y Raúl del Mazo (S.P.A.) junto a Martín Sellés (Janssen).



Juan Carlos García Salinas, Enrique González y Miguel Ángel Vences (CSA).



Manuel Molina (Consejería de Sanidad CAM), Manuel Vilches (Hospital Nisa Pardo de Aravaca) y Alberto García Romero (COFM).



Honorio Bando (ISCIII) y José Antonio Gutiérrez Fuentes (Fundación Lilly).



Rafael García Gutiérrez (Anepf), Pedro Vidal e Iñigo Lapetra.



Margarita Izquierdo (e-Diagnostics) con José María Martínez.



Diego Llorente (Club Médico), Marisa Calderón (HM Hospitales) y Lorenzo Espiga.



Abraham Herrera, Benilde Serrano y Miguel Ángel Vargas (ambos de la SCMST).



Raúl del Mazo y Adela Pérez (del Grupo Drug Farma) con Aurora Guerra (H. U. 12 de Octubre).



Honorio Bando (ISCIII), Lourdes Panizo (Drug Farma Congresos), José Antonio Martínez (C. S. Guadalajara Sur) y Felipe Chavida (Idepro).



Enrique González Morales, Miguel Ángel Vences, M^a Luisa González, Francisca Fernández Díaz (Asonevus) y Juan Carlos García Salinas.



Lola Briones (Bioroi), José María Martínez y María Luisa Villanueva (Cofares).



Esteban Brau Aguadé, Andrés Plaza Costa, Alfonso Villa, Raúl Óscar Castro, Héctor Tafalla y Rafael González Gallego, todos ellos miembros de la Junta del Consejo General de Dentistas.

AMPLIA CARTERA DE SERVICIOS

- | | |
|--|-------------------------------|
| Alergología | Medicina Interna |
| Anatomía Patológica | Neumología |
| Anestesia y Reanimación | Neurocirugía |
| Angiología y Cirugía Vascolar | 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 Vascolar
- Arco de Radiología Vascolar 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





La medicina en movimiento

TECNOLOGÍA INALÁMBRICA DENTRO Y FUERA DE LA CONSULTA

[Por **MICHAEL McBRIDE** y **ALMUDENA CABALLERO** | Fotos de **DAVID ZENTZ**]

Prepárese para innovar. Pronto descubrirá que para competir y trabajar en comunidades de centros médicos y organizaciones sanitarias responsables tendrá que integrar en su consulta tecnologías sanitarias móviles. ¿Cómo afectará esto a su forma de trabajar?

La tecnología de la información de la salud ha avanzado mucho en un breve periodo de tiempo. Hace tan solo unos años, el nivel de rechazo de los médicos a la implementación de registros electrónicos sanitarios en sus consultas y hospitales era bastante elevado. No obstante, en la actualidad a los médicos no les queda otra opción que utilizar la tecnología disponible a su alcance.

No es que ya no se opongan, pero como han adoptado iPads, *smartphones* y otros dispositivos móviles en sus vidas privadas, aquellos médicos de Atención Primaria que no hace tanto criticaban que la electrónica interfiriera en el ejercicio de la medicina describen cada vez más la tecnología móvil como “genial” e “imprescindible”.

PLÉTORA DE DISPOSITIVOS Y APLICACIONES

Portátiles, tabletas, *smartphones android*, iPhones, iPads y controladores USB; las opciones para utilizar la tecnología móvil en la sanidad son muy variadas. Las

aplicaciones *software (apps)* abarcan toda la gama desde herramientas de soporte para la toma de decisiones en base a pruebas, pasando por formularios actualizados y herramientas de formación del paciente para utilizar en el punto de cuidado, hasta alarmas clínicas de laboratorio y muchas otras. Literalmente, hay cientos de aplicaciones médicas entre las que escoger. Muchas son gratuitas. Y cada año se ponen a la venta cientos más.

Housecall Doctors Medical Group (HDMG) emplea médicos a domicilio de California que ejercen la medicina de la misma forma que los médicos de hospital tratan a los pacientes hospitalizados, excepto que los médicos de HDMG se trasladan para atender a pacientes postrados en sus casas o con problemas de acceso a la sanidad por todo el territorio de Orange, el sur de Los Ángeles, Riverside y San Bernardino a fin de diagnosticar enfermedades y asesorar y tratar a estos pacientes en sus hogares. Para conseguirlo, HDMG utiliza una plétora de tecnologías móviles.

Norman Vinn, fundador, director general y director médico de HDMG, dirige un modelo delegado de cuidados médicos supervisados que disminuye los costes al reducir el número de reingresos en el hospital de pacientes hospitalizados, visitas a urgencias y días en centros de enfermería especializada. Los grupos médicos recurren a los médicos a domicilio de Vinn para que les ayuden a tratar a los pacientes de mayor riesgo que requieren los tratamientos más costosos.

“Hemos medido el antes y el después de la utilización [de la atención sanitaria] con esta población de pacientes”, comenta Vinn, “y [el modelo delegado de cuidados médicos supervisados] ha reportado reducciones considerables en este sentido”.

También ha generado un interesante beneficio secundario: la mayor satisfacción del paciente. “Imagine un mundo que sea prácticamente la antítesis del viejo mundo del ‘Dr. No’ y del ‘no puedes hacer esto, ni tampoco eso’,” añade Vinn. “Se trata de un modelo que otorga mucho más poder, con el que los pacientes están contentos en lugar de sentir que no les han dado todo lo que necesitan”.

Los médicos a domicilio de HDMG utilizan registro electrónico en formato móvil (personalizados a las necesidades de los pacientes atendidos en su propio domicilio) para evaluar y tratar a todo el paciente en el entorno de su hogar y documentar dicha información a tiempo real a través de una conexión inalámbrica de banda ancha con la red de la consulta. Entonces pasan la información a otros médicos y directores a tiempo para mejorar la continuidad y coordinación de los cuidados y las transiciones fluidas de los mismos con el objetivo



Los médicos de HDMG se trasladan para atender a pacientes postrados en sus casas o con problemas de acceso a la sanidad.

de evitar la duplicación de servicios o la utilización de servicios hospitalarios y de urgencias innecesarios.

Vinn define la tecnología móvil dentro de tres categorías bien diferenciadas:

- Comunicación y documentación. Fundamentalmente, se trata de historia clínica digital y herramientas móviles para pasar la información a todos los interesados a tiempo.
- Diagnóstico clínico. Se utiliza para tratar a los pacientes en el punto de cuidado; y
- Monitorización remota. Para transmitir y recibir información sobre el estado de un paciente cuando el médico no está presente.

CUANDO SE SUBCONTRATAN PROCESOS QUE IMPLICAN MANIPULACIÓN DE DATOS DE PACIENTES DEBE RECORDAR QUE NO SUBCONTRATA SU RESPONSABILIDAD

“El motivo por el que incluyo la tecnología móvil en esos tres grupos”, explica Vinn, “es para diferenciar lo que hacemos en la actualidad, lo que no hacemos en la actualidad y lo que creo que es probable que ocurra con nuestros médicos a domicilio y otros médicos a domicilio en el futuro. [Con la tecnología móvil] podemos intervenir a tiempo mientras estamos presentes y evitar la necesidad de cuidados reactivos más costosos”.

TECNOLOGÍA MÓVIL EN EL HOGAR

Hace tiempo que HDMG utiliza recursos médicos portátiles tradicionales, como radiografías, ecografías y ecocardiogramas móviles, así como sistemas portátiles de análisis de sangre para diagnosticar enfermedades en los hogares de los pacientes y determinar si es necesario seguir el tratamiento en el domicilio o en el hospital. Los sistemas de diagnóstico portátiles han sido de gran ayuda para los cuidados médicos a domicilio.

No obstante, las capacidades de estos sistemas no siempre encajan a la perfección con las necesidades de los pacientes, pudiendo ser extremadamente costosos. Por tanto, en lo que respecta al concepto del uso de las tecnologías móviles en la atención médica a domicilio, la filosofía de Vinn es “a veces, menos es más”.

“No se trata de los instrumentos, sino de los pacientes”, comenta Vinn. “Nadie quiere encontrarse en una posición en la que, cuando eres un martillo, todo empieza a parecerse a un clavo”.

Las tecnologías móviles inalámbricas actuales, como los iPads y las tabletas que se utilizan para recopilar, enviar y recibir los datos del paciente en el punto de cuidado, están revolucionando la industria sanitaria a domicilio.

Los médicos a domicilio de Vinn utilizan las tabletas y la tecnología *smartphone* desde que salieron a la venta para registrar los datos del paciente en su domicilio y luego cortarlos y pegarlos en su historial médico personal. Sin embargo, hace poco un médico demostró que la tecnología inalámbrica incorporada del iPad establece una relación directa de doble sentido a tiempo real con la red de la consulta, permitiendo que los médicos introduzcan los datos a distancia directamente en el cuadro del paciente a tiempo real. Esta capacidad llamó poderosamente la atención de Vinn.

“Entramos en nuestra red informática desde el iPad con la misma eficacia que con la tableta y el teclado; además, la capacidad del iPad de reducir y ampliar las



“Los médicos se verán cada vez más obligados a utilizar recursos como cámaras web para ciertos pacientes. Puede que no siempre haya cuidados médicos a domicilio eficaces en su comunidad”.

—Norman Vinn

imágenes superó algunos problemas que teníamos con la resolución de pantalla”, añade Vinn.

Vinn explica que cuando los médicos a domicilio necesitan encontrar un formulario de fármacos o de información de interacciones que no está disponible de inmediato en el historial médico personal del paciente, pueden entrar en Internet y avanzar entre las aplicaciones de forma muy rápida. Esta tecnología de capacitación les permite reunir la información más importante *in situ*. Con los *smartphones*, añade, los médicos a domicilio pueden buscar información con gran rapidez, mientras que gracias a su capacidad de resolución de pantalla, es probable que el iPad sea el futuro de la medicina “en cualquier lugar/en cualquier momento”.

SU PAPEL EN LA ATENCIÓN SANITARIA RESPONSABLE

A la vez que aumenta la población de pacientes geriátricos, también lo hace el coste de la sanidad. Con cada nuevo paciente, el tratamiento a domicilio como alternativa a los cuidados hospitalarios resulta más viable, y la tecnología móvil juega un papel cada vez mayor en este campo.

Las cámaras incorporadas permiten que los médicos saquen fotos de alta resolución de las enfermedades de los pacientes y las envíen a los especialistas para obtener un diagnóstico. Las cámaras web permiten que los médicos

“vean” las enfermedades de los pacientes a tiempo real y “escuchen” las descripciones de sus síntomas. La tecnología *smartphone* permite que los médicos introduzcan y extraigan datos de los pacientes en los historiales digitales.

De hecho, con la llegada a la sanidad de las tecnologías móviles basadas en las tabletas y el cúmulo de aplicaciones *software* que se basan en las pruebas y que los médicos pueden utilizar *in situ*, los cuidados a domicilio

causado ciertos problemas y ha retrasado el hecho de que la tecnología móvil sea más fácil de utilizar. No obstante, con la llegada y creciente uso de la tecnología 4G, Vinn considera este punto discutible.

Argumenta que a medida que estos sistemas se vuelven más potentes, y el acceso de banda ancha se generaliza, el uso de la tecnología móvil solo puede incrementarse.

LA MEJOR FORMA DE PROTEGER LOS DATOS DE LOS DISPOSITIVOS MÓVILES ES CODIFICARLOS, UTILIZANDO UN BUEN MÉTODO PARA ELLO

y la telemedicina se están uniendo rápidamente en una única industria.

“En mi opinión, es probable que surja un ángulo de la telemedicina donde (entre visitas en persona, sobre todo para los pacientes postrados con independencia de si su situación es temporal o permanente) examinemos a los pacientes a través de cámaras web, y quizá escuchemos sus corazones y pulmones, y podamos detectar e incluso registrar los sonidos en los cuadros médicos de los pacientes”, comenta Vinn.

Tanto usted como sus colegas de la asistencia primaria se ven cada vez más presionados para reducir los costes sanitarios. La revisión del concepto de organización sanitaria ha cambiado el modo en el que se ejerce la medicina. Y adoptar la tecnología móvil es otra cosa más a tener en cuenta.

Vinn cree que es casi inevitable que los médicos de Atención Primaria acaben por sentirse cómodos con ciertos grados de intervención que quedan fuera de las visitas médicas tradicionales.

“Los médicos se verán cada vez más obligados a utilizar cosas como cámaras web para ciertos pacientes”, añade. “Puede que no siempre haya cuidados médicos a domicilio eficaces en su comunidad, y si se plantea el acercamiento a la mayor responsabilidad del riesgo, todo el mundo va a acabar peleándose por tratar a los pacientes que necesitan los cuidados más costosos de forma más eficaz, lo que implicará que todo será posible: haces lo que tienes que hacer para intervenir, ganar control y eliminar el uso innecesario de los recursos limitados”.

El registro clínico electrónico de HDMG se basa en el servidor en lugar de en un modelo ISP (proveedor de servicios de Internet). De momento, el acceso a los registros de los pacientes ha estado limitado por la velocidad de transmisión de las conexiones de banda ancha de los médicos a domicilio de la empresa, lo que según Vinn ha

“Conozco a algunos médicos a domicilio que siguen trabajando con cuadros médicos en papel”, comenta Vinn, “y no consigo imaginarme cómo se las arreglan para acceder y traspasar la información, porque es ahí donde se gana o se pierde. El futuro no es ‘gana el que tenga la información’, sino ‘gana el que traspasa la información’”.

Por tanto, continúa Vinn, siempre que se pueda acceder a la información de referencia clínica más fácilmente, y rellenar la información y luego traspasarla rápida y eficazmente a otro médico para eliminar la redundancia y mejorar la coordinación de los cuidados, el sistema sanitario será mejor.

ACEPTAR LA GESTIÓN DEL CAMBIO

La adopción de la tecnología móvil puede ser perjudicial para una consulta. Si ya está en ello, Vinn aconseja realizar un estudio ambiental y mantenerse al día sobre las tecnologías disponibles. Además, es partidario de abordar los fundamentos de la “gestión del cambio”.

Vinn recurre a un eufemismo evolutivo estándar al señalar que la especie que sobrevive no es la más fuerte; la especie que sobrevive es la que mejor se adapta. Las claves para sobrevivir son el conocimiento, la adopción y la adaptación.

Anima a los médicos que trabajan en consultas a que estén abiertos al cambio, a intentar cosas nuevas y a ser flexibles, añadiendo que la tecnología no es necesariamente complicada. Reconoce, sin embargo, que el cambio puede resultar estresante.

“Creo que le ocurrirá lo mismo a los médicos que van del papel a las notas electrónicas, y a los médicos del futuro que tendrán que

PUNTOS CLAVE

Las opciones para utilizar la tecnología móvil en la sanidad son muchas y variadas.

Las tecnologías móviles recopilan, envían y reciben los datos de los pacientes en el punto de cuidado.

Las tecnologías móviles incrementarán su papel en la reducción de los costes sanitarios.

Se debe asegurar que los datos de los pacientes están protegidos frente a robos y pérdidas.

abordar el acceso a través de Internet a la información de referencia frente a todo lo que estudian y aprenden durante la facultad y la residencia”, comenta Vinn. “Eso cambiará la forma en la que trabajamos”.

Vinn predice que en el futuro se producirá una mayor incorporación de recursos y tecnologías para obtener mejores resultados. Habrá una mezcla de cuidados prácticos *in situ* y cuidados clínicos, monitorización remota y telemedicina. Sin embargo, la toma de decisiones no termina aquí. También se debe considerar la forma de proteger mejor los dispositivos móviles, así como los

datos privados de los pacientes que contienen, frente a daños y accesos no autorizados. Además, se deben cumplir las leyes actuales que regulan el uso de los datos de los pacientes en la tecnología móvil.

Ahora tiene a su disposición muchas nuevas herramientas de intercambio de información que no estaban disponibles hace tan solo un año. Sin duda, es algo positivo desde el punto de vista de los médicos. No obstante, no hay que olvidar que estas nuevas tecnologías conllevan sus riesgos.

A menudo, el riesgo que supone el uso de una nueva tecnología de la información no se conoce hasta que al-

PRIVACIDAD Y LEGISLACIÓN

En España no existe una normativa específica para el tratamiento de los datos de salud. La única norma aplicable es la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), que considera los datos de salud como especialmente protegidos, equiparándolos a los datos sobre ideología, religión, creencias, origen racial o vida sexual.

Tal y como informaba a *Medical Economics* Ángel Igualada Menor, subdirector general adjunto de Registro de Ficheros y Sistemas de Información de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, existe una norma

que desarrolla lo establecido en la LOPD, disponiendo especialmente medidas de seguridad que deberán tener los ficheros o tratamientos de datos de carácter personal: Reglamento de desarrollo de la LOPD, aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

En cualquier caso, añadía, el responsable de los ficheros que tratan datos de salud en los centros sanitarios, con independencia de donde realice el tratamiento el profesional, es siempre el centro. Solo será responsable el médico cuando ejerza la actividad de forma individual (autónomos). Por lo tanto, todas las obligaciones que impone la normativa (incluida la adopción de medidas de seguridad) corresponden al centro sanitario, correspondiendo al profesional que trate los datos el cumplimiento de las instrucciones que este le haya facilitado.

Estas son algunas de las medidas de seguridad concretas que afectan al tratamiento de datos especialmente protegidos fuera de las instalaciones del responsable, recogidas en el Reglamento de Desarrollo de la LOPD:

- Art. 85. Las medidas de seguridad exigibles a los accesos a datos de carácter personal a través de redes de comunicaciones, sean públicas o privadas, deberán garantizar un nivel de seguridad equivalente al correspondiente a los accesos en modo local.
- Art. 86.1. Cuando los datos personales se almacenen en dispositivos portátiles o se traten fuera de los locales del responsable del fichero o tratamiento, será preciso que exista una autorización previa del responsable del fichero o tratamiento y, en todo caso, deberá garantizarse

el nivel de seguridad correspondiente al tipo de fichero tratado (nivel alto cuando el fichero trate datos especialmente protegidos).

- Art. 86.2. La autorización a la que se refiere el apartado anterior tendrá que constar en el documento de seguridad y podrá establecerse para un usuario o para un perfil de usuarios y determinando un periodo de validez para las mismas.
- Art. 101.3. Deberá evitarse el tratamiento de datos de carácter personal en dispositivos portátiles que no permitan su cifrado. En caso de que sea estrictamente necesario se hará constar motivadamente en el documento de seguridad y se adoptarán medidas que tengan en cuenta los riesgos de realizar tratamientos en entornos desprotegidos.
- Art. 103.1. De cada intento de acceso se guardarán, como mínimo, la identificación del usuario, la fecha y hora en que se realizó, el fichero accedido, el tipo de acceso y si ha sido autorizado o denegado.
- Art. 103.2. En el caso de que el acceso haya sido autorizado, será preciso guardar la información que permita identificar el registro accedido.
- Art. 104. Cuando, conforme al artículo 81.3 deban implantarse las medidas de seguridad de nivel alto, la transmisión de datos de carácter personal a través de redes públicas o redes inalámbricas de comunicaciones electrónicas se realizará cifrando dichos datos o bien utilizando cualquier otro mecanismo que garantice que la información no sea inteligible ni manipulada por terceros.



guien la ha utilizado con mala fe, o mediante la exposición accidental de la información. Puesto que tanto usted como otros profesionales de la salud comienzan a utilizar dispositivos móviles y tecnologías de almacenaje, debe estar al tanto de los tipos de amenazas y vulnerabilidades que conlleva este uso de la información del paciente.

Pero, ¿qué riesgos conlleva el uso de las tecnologías móviles y de las geniales aplicaciones que permiten el intercambio de información entre médicos, centros de intercambio de información sanitaria y planes de salud? El riesgo más básico, el que sufren prácticamente todas las organizaciones, es la inevitable pérdida de los dispositivos móviles.

Los dispositivos móviles son prácticos, pequeños, fáciles de transportar y extremadamente fáciles de perder. Es común ver cómo las personas dejan olvidados sus portátiles, iPads o *smartphones* en restaurantes. Esta facilidad de pérdida debería ser un fuerte factor de motivación. Si utiliza estos dispositivos en su consulta, debe asegurarse de que nadie pueda acceder a los datos que contienen y que existe la posibilidad de rastrearlos en caso de pérdida.

PÉRDIDA Y ROBO DE LOS DATOS DE LOS PACIENTES

Además de la pérdida de datos, también puede ocurrir el robo. A los ladrones les gustan los dispositivos móviles porque 1) el propio *hardware* es valioso, y 2) aún más valiosos son los datos que contiene. Aunque algunos ladrones los venden enseguida para hacer dinero fácil, otros se toman su tiempo para copiar los datos antes de vender el dispositivo móvil, y luego vender también los datos.



Vinn predice que en el futuro se producirá una mayor incorporación de recursos y tecnologías para obtener mejores resultados.

ES IMPERATIVO QUE LOS USUARIOS DE LA TECNOLOGÍA MÓVIL HAGAN COPIAS DE SEGURIDAD

utilizar y transparentes para la personas que las utilizan. Hay muchas buenas opciones, y la mayoría no son costosas”.

Los profesionales de la salud y los trabajadores de las aseguradoras suelen guardar datos importantes en los dispositivos móviles y, por desgracia, a veces no hacen copias de seguridad. Es una práctica muy peligrosa, ya que si dependemos tan solo de una copia, no solo perderemos todos los datos en caso de pérdida o robo del dispositivo, sino que si el dispositivo sufre algún daño físico, los datos podrían perderse para siempre.

El daño físico puede producirse en cualquier momento sin previo aviso, por lo que es imperativo que los usuarios de la tecnología móvil hagan copias de seguridad de sus datos importantes y los almacenen en una ubicación segura.

“Todos estos datos valiosos tienen cantidad de información personal que otros ladrones pueden utilizar para robar una identidad”, explica Rebeca Herold, especialista en privacidad de la información y seguridad de sistemas. “Estos datos también se venden a las empresas de *marketing* porque contienen todo tipo de información útil que puede incorporarse a las bases de datos que luego venden”.

Ante estas dos amenazas básicas, la pérdida del dispositivo y el robo, los médicos, enfermeros, aseguradoras y demás colaboradores deben tomar precauciones.

La mejor forma de proteger los datos de los dispositivos móviles es codificarlos, utilizando un buen método para ello.

“Muchas personas escuchan la palabra ‘codificación’ y se asustan porque es un término técnico que suena complicado”, comenta Herold. “En realidad, las herramientas de codificación son fáciles de

Los datos pueden modificarse o corromperse de diferentes formas, haciendo que pierdan su exactitud. Estas imprecisiones podrían llevar a una toma de decisiones médicas incorrecta.

No queremos realizar diagnósticos incorrectos ni recetar los fármacos erróneos a nuestros pacientes como resultado de que los datos hayan sido modificados de forma inadecuada. Debemos asegurarnos de que únicamente los miembros del personal que necesiten acceder a los datos tengan acceso a ellos.

El acceso adecuado exige controles estrictos de los dispositivos móviles utilizados por los médicos, incluyendo la entrada al sistema, las contraseñas y la tecnología biométrica (como por ejemplo, las huellas dactilares), que bloquean el acceso no autorizado a los dispositivos

móviles y a los datos que contienen. No obstante, mediante la seguridad ineficaz, como guardar una nota con el nombre de usuario y la contraseña dentro de la carcasa del dispositivo, o mediante el buen uso de herramientas para descifrar contraseñas, los ladrones suelen averiguar la contraseña y acceder a los datos. Es por esto que resulta doblemente importante codificarlos.

Luego está la vulnerabilidad de la propia red. "También hay que asegurarse de que no puedan acceder mediante los dispositivos móviles a otros lugares que no les incumben", añade Herold. "Por ejemplo, algunas personas configuran sus *smartphones* o portátiles para que entren automáticamente en la red de su consulta u hospital. Por tanto, no hay que configurar el dispositivo móvil de forma que acceda directamente a un sistema al que no deberían tener acceso personas no autorizadas".

Los virus pueden cerrar rápidamente una red, y los registradores

de teclas (dispositivos que registran cada tecla y envían los datos a otra ubicación) pueden proporcionar a los ladrones todas las contraseñas que necesitan para acceder a los datos privados de los pacientes. Por tanto, instalar un antivirus y un *antimalware* en todos los dispositivos móviles y de almacenaje es una obligación. Hacerlo le ayudará a prevenir que los códigos dañinos entren en su sistema y se hagan con el control de su red. En esta misma línea, instalar un *firewall* personal en todos los dispositivos móviles evitará que entren cosas que el antivirus o el *antimalware* no bloquean.

ACCESO A LA INFORMACIÓN

Saber qué personas de su organización utilizan dispositivos móviles es vital en el caso de que su *firewall* tenga un fallo de seguridad y se pueda acceder de forma inadecuada o robar los datos de sus pacientes.

"Es muy importante saber cuándo se produjo el acceso inadecuado a la información sanitaria protegida o cuándo llegó a las manos de alguien indebido, añade Herold. "Hay que informar sobre ello. Es un requisito legal".

Pero ¿cómo se puede saber que los datos han sido violados si ni siquiera sabe dónde están esos datos? El rastreo del inventario de los dispositivos móviles es vital. Debe saber:

- quién los utiliza;
- qué datos contienen;
- cómo se utilizan;
- quién es el responsable;
- quién es el propietario (muchas organizaciones permiten que las personas utilicen sus propios dispositivos móviles personales).

Alguien tiene que ser el responsable último de asegurar que se implementan todas las protecciones, como la codificación, el *firewall* y los *antimalware* y antivirus, en todos los dispositivos móviles que utiliza la organización. Además, todas las personas que utilizan dichos dispositivos deben haber recibido formación sobre cómo proteger los datos y sobre su responsabilidad en caso de pérdida o robo del dispositivo.

En España, salvo en el caso de los médicos que realicen su actividad por cuenta propia, el responsable último de los datos es siempre el centro de salud, independientemente de si la consulta se realiza en casa del paciente o en las instalaciones del propio centro, informa Ángel Igualada Menor, subdirector general adjunto de Registro de Ficheros y Sistemas de Información de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid.

Para que las personas sepan cómo proteger y asegurar sus dispositivos móviles, así como los datos que



contienen, las políticas deben implementarse para que los usuarios las cumplan, junto con procedimientos de apoyo concretos para cada una de las actividades empresariales para las que se utilizan estos dispositivos.

Debería llevarse a cabo una buena formación y un programa de concienciación a fin de informar a los usuarios de dispositivos móviles sobre los procedimientos adecuados para utilizar los datos móviles, así como su responsabilidad de protegerlos e informar en caso de robo o pérdida. Estos programas formativos deberían ser constantes y no tan solo un mero programa introductorio que se imparta tras la contratación del empleado.

Varios estudios han revelado que, incluso después de recibir formación sobre la seguridad en los dispositivos móviles, se tiende a olvidar la información bastante rápido. Para reforzar la comprensión y el conocimiento sobre cómo garantizar la seguridad de los dispositivos móviles y los datos móviles, recuerde a sus empleados esta información.

FORMAR A LOS EMPLEADOS

“No puede haber seguridad ni privacidad sin antes haber recibido una formación y concienciación efectivas. Es vital”, asegura Herold. “Además, no hacerlo supone un importante incumplimiento de la regulación. Se puede tener toda la tecnología del mundo, pero si no hay formación ni concienciación, no tardarán en aparecer los problemas”.

Por último, asegúrese de informar a los colaboradores a quienes subcontrata actividades (es decir, aquellos que no son sus empleados pero que trabajan para otros tipos de organizaciones de la salud) de sus políticas de acceso a los datos y procedimientos para protegerlos en



En España, el responsable último de los datos es siempre el centro de salud, independientemente de si la consulta se realiza en casa del paciente o en las instalaciones del propio centro.

los dispositivos móviles. Asegúrese de que cuentan con los mismos medios para proteger sus datos.

“Siempre que subcontrate procesos de este tipo, debe recordar que no subcontrata su responsabilidad”, añade Herold. “Sigue siendo el responsable de los datos, incluso si los envía a otra entidad para algún tipo de proceso empresarial”.

SIGA EL EJEMPLO DE SU HOSPITAL

Los jefes de seguridad y privacidad de los hospitales a los que esté afiliado pueden darle valiosos consejos. Entérese de qué utilizan para proteger los datos de sus pacientes en los dispositivos móviles, y qué políticas han implementado para dirigir sus actividades cuando

envían los datos de sus pacientes más allá del *firewall* del hospital para que los utilicen los médicos de turno.

Herold también aconseja que los médicos se unan a organizaciones como la Asociación Americana de Gestión e Información Sanitaria y la Asociación de Conformidad Sanitaria, así como a organizaciones concretas sobre seguridad y privacidad como la Asociación Internacional de Profesionales de la Privacidad y la Asociación para la Seguridad en los Sistemas de la Información.

También hay que investigar las páginas web gubernamentales pertinentes, como la de la Agencia Española de Protección de Datos, a fin de comprender por completo sus responsabilidades como entidad cubierta en la protección del acceso y de la privacidad de los datos de sus pacientes.

Michael McBride ha pasado más de 10 años como reportero y escritor cubriendo temas relacionados con la tecnología de la información en la sanidad. Fue editor en jefe de la revista Health Management Technology.



Cuidar/curar: dos caras, una sola salud

CADA VEZ MÁS, LOS PROFESIONALES DE LA SALUD BUSCAN QUE EL PACIENTE DESARROLLE UNA ACTITUD ACTIVA FRENTE A SU SALUD. LOS DATOS LES AVALAN: SEGÚN UN RECIENTE ESTUDIO DE LA UNIVERSIDAD POMPEU FABRA TRATAR DOLENCIAS LEVES CON MEDICAMENTOS DE AUTOCUIDADO REDUCIRÍA EL NÚMERO DE CONSULTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN 23 MILLONES.

[Por **ALMUDENA CABALLERO**]

El tratamiento de las dolencias leves con medicamentos de autocuidado reduciría en 23.450.000 las consultas de Atención Primaria. Así se pone de manifiesto en el informe de la Universidad Pompeu Fabra *El valor económico y social del autocuidado*.

Basado en la reclasificación de un cinco por ciento de los medicamentos de prescripción y financiados que actualmente son utilizados para tratar sintomatologías

leves como fármacos sin receta y no financiados, el estudio también pone cifra al aumento del tiempo que los médicos tendrían disponible para consultas de mayor complejidad, casi cuatro millones de horas, con un valor económico de 354 millones de euros.

Asimismo, mejoraría la capacidad asistencial, lo que repercutiría en una mayor satisfacción de los pacientes, quienes también verían disminuir el tiempo utilizado

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL ESTÁ PENSADO PARA CURAR MÁS QUE PARA CUIDAR, PARA MANTENER LA SALUD

en el desplazamiento hasta la consulta médica y el tiempo de espera en la misma.

Este reciente estudio de la Universidad Pompeu Fabra es solo un ejemplo más de la relevancia que está adquiriendo el concepto del autocuidado en nuestro país. El Sistema Nacional de Salud nació como un engranaje preparado para curar, mientras lo que se pretende ahora es reformar el modelo para que sea capaz de cuidar. O lo que es lo mismo, se trata de cambiar el punto de partida de todo el modelo sanitario tal y como lo conocemos: hay que pasar de un sistema ideado desde la enfermedad (combatirla, paliarla, intentar vencerla) a uno basado en la salud (potenciarla, protegerla, mantenerla).

FACTORES DETERMINANTES

Quizás lo más importante a la hora de abordar el concepto de autocuidado es recordar que se trata de un proceso voluntario que alguien lleva a cabo y que el receptor de esos cuidados es la misma persona que los produce. Por eso, entre los factores determinantes para el desarrollo de una sociedad en la que prevalezca el autocuidado destacan algunos de índole personal como la voluntad, la responsabilidad individual, la autoestima, la autoaceptación o la resiliencia. Sobre estos factores es posible influir pero de una manera muy limitada.

Pero existen también factores sociales como la costumbre, el conocimiento o la posibilidad de acceso a la información. Durante la última década, esas tres variables han evolucionado mucho y rápido en las sociedades desarrolladas. Respecto al conocimiento y la información es evidente que nunca antes el ser humano ha dispuesto tanto del primero ni ha tenido una capacidad tan grande para distribuir la segunda. De hecho, la revolución informativa provocada por los nuevos medios de comunicación enmarcados en el fenómeno de Internet (blogs, wikis, redes sociales, *podcastings*,...) ha hecho que la barrera entre conocimiento e información se haya debilitado hasta llegar por momentos a confundirse ambos términos.

En cuanto a la costumbre, probablemente es el aspecto en el que los profesionales de la salud tienen más que aportar. Para ello ante todo han de ser capaces de realizar ellos mismos la evolución en el enfoque del sistema de salud y, sobre todo, han de ser capaces de cambiar su imagen del paciente, ya que, al fin y al cabo, todo el mundo dice que es el centro del sistema.

Para potenciar el autocuidado y la conciencia del paciente acerca de su papel activo como agente de su propia salud, los profesionales deben dejar de tratarlo como un mero receptor de consejos, recetas y pruebas para pasar



a hacerle plenamente participe de su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Y eso es lo que respecta a un paciente enfermo. Pero lo realmente novedoso, el auténtico giro que esta nueva concepción impone es la de tratar a pacientes no enfermos, es decir convertir al paciente en su propia vacuna al enseñarle cómo cuidarse para evitar la llegada de la enfermedad. Es decir, se acabó lo de “gobernar para el pueblo, pero sin el pueblo”.

APOYO A LA SOSTENIBILIDAD

Rafael García Gutiérrez, director general de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (Anefp), expresaba recientemente en una tribuna de opinión que desde su entidad “consideramos imprescindible que los ciudadanos del siglo XXI tengan la formación sanitaria adecuada y suficiente para desempeñar un papel activo y responsable en el cuidado de su salud en general y en particular en el tratamiento de los síntomas leves a través de los medicamentos sin receta y los productos de autocuidado”. E incidía especialmente, dadas las patentes dificultades económicas de la sociedad española y su sistema sanitario, en la ayuda económica que supondría el reposicionamiento social del concepto de autocuidado.

En este sentido, en el estudio *El valor económico y social del autocuidado* se afirma que “la promoción de las prácticas para el autocuidado responsable de la salud, tal y como se ha planteado en este estudio, puede convertirse en una medida de priorización en la política sanitaria con potenciales ganancias de bienestar social”. Y añaden los autores: “El actual entorno socioeconómico, caracterizado por una población que se interesa y demanda capacidad

LA POTENCIACIÓN DEL AUTOCUIDADO MEJORARÍA LA CAPACIDAD ASISTENCIAL, LO QUE REPERCUTIRÍA EN UNA MAYOR SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES



de decisión sobre aquello que afecta a su propia salud y bienestar, que además tiene una cada vez mayor capacidad de acceso a información y conocimientos médicos, así como también una mayor concienciación acerca de los riesgos que asume ante estas decisiones, permite plantear un horizonte en el que estas prácticas tengan una presencia e importancia cada vez mayor, sobre todo ante escenarios de racionalización del gasto sanitario financiado públicamente”.

HERRAMIENTAS PARA EL AUTOCUIDADO

El fomento del autocuidado se basa en las mismas herramientas que la prevención, un concepto que sí está más establecido tanto en la comunidad médica como en la sociedad, es decir: información, educación y comunicación social. La diferencia es, una vez más, sutil pero importante. Si bien ambos términos persiguen en última instancia el mantenimiento de la buena salud, la prevención lo hace situando su punto de vista en la enfermedad (prevenir de), mientras que la promoción, el autocuidado, busca optimizar el bienestar.

Esta sutil diferencia se hace más obvia si la traspone-mos a la esencia de nuestro SNS. El sistema de salud español está pensado para curar, es una sistema de atención a agudos, pero no para cuidar, para mantener.

Informar, educar y comunicar potencian el conocimiento social de la enfermedad y su entorno, pero también de qué hacer para prevenirla y tratarla en sus diferentes fases. Todo ello unido genera un clima social más propenso al autocuidado y dota a la ciudadanía de la suficiente seguridad como para hacerse cargo de forma activa de su propia salud.

Hay un buen número de teorías psicológicas y educativas que ahondan en cómo manejar esas tres herramientas básicas para alcanzar un mejor resultado, aunque hay dos destacables. En primer lugar, la teoría del modelaje, según la cual se aprende más rápidamente de alguien que sea un referente por algún motivo (profesional, social, familiar,...), y, en segundo lugar, la teoría de los pares, que plantea el aprendizaje entre personas de parecida condición que comparten experiencias. Esta teoría se encuentra en la base del funcionamiento de las asociaciones de pacientes, por ejemplo.

EL PROFESIONAL: REFERENTE INELUDIBLE

Y ¿qué puede aportar el profesional a esta nueva perspectiva de salud? Mucho. Médicos, enfermeros, asistentes, farmacéuticos... todos los profesionales del entorno sanitario siguen siendo el gran referente de salud para la población. Partiendo de esa base, hay que reformular la relación médico-paciente (o profesional de la salud-paciente) hacia un diálogo a dos bandas que deje atrás el clásico monólogo en el que la parte que “sabe de medicina” habla y la parte que “no sabe” escucha y obedece.

A la hora de hablar de la propia salud el principal interesado es cada individuo, independientemente de que sepa o no de medicina o del funcionamiento del sistema sanitario. Por eso, tomarse tiempo para explicar y resolver dudas es fundamental, como lo es evitar intervenciones que resulten de algún modo amenazantes o coercitivas para el paciente.

De la misma manera, fomentar la celebración y la participación de jornadas y foros que acerquen a ciudadanía y profesionales es fundamental en esta nueva visión sanitaria en la que el centro más que el propio paciente es la salud, con o sin enfermedad de por medio. Así, la salud pasa a ser el centro de una nueva cosmovisión sanitaria en la que médicos, pacientes y futuros pacientes aunan fuerzas para proteger al epicentro del sistema formado, ahora sí, por las dos caras de una misma moneda.

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 alzhéimer 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.

Gestión de recursos humanos

Apuesta por los profesionales

La política de recursos humanos que lleva a cabo Ribera Salud se caracteriza, entre otros aspectos, por el reconocimiento del profesional y su trabajo y por una política retributiva basada en la productividad y consecución de resultados.

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

Motivar a los profesionales y aumentar la productividad son aspectos esenciales para afrontar la crisis en el sector sanitario. Así lo entendió el Grupo Ribera Salud desde que hace más de una década implantó en la comarca valenciana de La Ribera el llamado modelo Alzira, constituyendo actualmente la pieza clave de su política de recursos humanos (RR. HH.). Y así lo ha entendido también el Sistema Nacional de Salud británico (NHS, en sus siglas en inglés), que en un reciente informe ha resaltado, entre otros aspectos, la apuesta por los profesionales y su desarrollo profesional que Ribera Salud lleva a cabo.

Dicha política de RR. HH. parte de una estructura horizontal en la que los profesionales participan en la toma de decisiones. Por ejemplo, en el Hospital de Torrevieja se han puesto en marcha, en Atención Primaria, líneas de autogestión, similares a las entidades de base asociativa (EBA) existentes en Cataluña, de tal modo que se ha transferido a los profesionales parte de la *cápita* que ellos gestionan en pruebas, derivaciones de pacientes, etcétera. La autogestión llega incluso a las citaciones, las agendas y las intervenciones quirúrgicas.

“Nuestro objetivo es alinear a los profesionales con los objetivos de la organización y, en ese sentido, hay que involucrarlos y llevar una política de mucha descentralización”, comenta Alberto de Rosa, director general de

ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN

La última encuesta realizada por Ribera Salud para pulsar el grado de satisfacción de sus profesionales, titulada *Estudio de Satisfacción en el Entorno Laboral*, se centró en el Hospital de Torrevieja. Y, en resumen, estos fueron los resultados:

- El 72 por ciento de los médicos encuestados afirma sentirse satisfecho o muy satisfecho con sus condiciones laborales.
- El 93 por ciento recomendaría a un colega trabajar para el hospital.
- El 74 por ciento afirma sentirse satisfecho o muy satisfecho con el clima y ambiente laboral.
- El 53 por ciento percibe siempre o casi siempre una actitud positiva de colaboración entre los diferentes departamentos del hospital.
- El 43 por ciento califica de “medio” su salario, mientras que uno de cada cuatro lo considera alto o muy alto.
- El 81 por ciento ha visto satisfechas sus necesidades formativas.
- El 87 por ciento cree que el grado de satisfacción es bueno o muy bueno en su comunicación con los pacientes.
- El 78 por ciento considera que el nivel de servicio ofrecido a los pacientes es alto o muy alto.

Ribera Salud. Así, pues, la política de recursos humanos se sostiene sobre los siguientes pilares:

• **Formación, docencia e investigación.** Es base de la carrera profesional y abarca la docencia MIR y universitaria, acuerdos con universidades y escuelas profesionales, formación continuada a cargo de la empresa para todos los estamentos y vínculos de cooperación en

investigación. El aspecto universitario lo desarrolla con la docencia posgrado en el Hospital de La Ribera, y se refuerza con acuerdos de colaboración como los firmados con la Universidad Europea de Madrid y la Universidad CEU Cardenal Herrera.

Los profesionales tienen acceso a formación subvencionada por la Comisión de Docencia de los departamentos de Salud. Y en investigación, la em-

presa ha asignado una dotación anual de 400.000 euros en ayudas para la investigación sanitaria, cuyos resultados pueden consultarse en revistas científicas de alto impacto como *Annals of Oncology*, *Endocrine-Related Cancer* o *Journal Neup-oncology*, entre otras.

- **Reconocimiento.** Como eje para atraer y retener talento. Se concreta en evaluación por competencias, autogestión clínica en los servicios, promoción interna y participación del profesional en la mejora continua: gestión y calidad. Además, fomenta, dentro de la responsabilidad social corporativa, la conciliación de la vida laboral y familiar, pudiendo el profesional, por ejemplo, realizar guardias en el domicilio, o disponer de un servicio de guardería para sus hijos.

- **Política retributiva.** Y de perspectivas profesionales basada en la igualdad. Sus características son: estabilidad laboral, sistema de retribución variable con criterios de calidad, eficacia y eficiencia; modelo de carrera y desarrollo profesional, política de conciliación y beneficios sociales y búsqueda permanente del diálogo y el consenso social.

Una de las asignaturas pendientes del Sistema Nacional de Salud es la forma de retribuir a los profesionales. Se alzan voces, de uno y otro signo, propugnando unas retribuciones en la que se introduzcan los elementos de



EL MODELO ALZIRA SE CARACTERIZA POR INCLUIR ELEMENTOS DE DIFERENCIACIÓN A LA HORA DE RETRIBUIR A SUS PROFESIONALES

productividad y resultados. El “café para todos” ya no funciona, menos aún en estos tiempos de crisis, ajustes y recortes. Además, parece injusto pagar igual al que trabaja o rinde menos que al que lo hace mejor y cumple objetivos.

En ese sentido, el modelo de gestión privada en la sanidad pública, concretamente el que tiene al modelo Alzira como horizonte de actuación, se carac-

teriza por incluir elementos de diferenciación a la hora de retribuir a sus profesionales. Se parte de una retribución fija (según categoría, antigüedad, responsabilidad, etcétera) y se complementa con una retribución variable entre el 20 y el 25 por ciento, dependiendo de los centros sanitarios. Y contempla aspectos como la lealtad y compromiso con la organización, la calidad del trabajo y objetivos conseguidos, entre otros. En definitiva, se trata de premiar al que está alineado con la empresa y obtiene mejores resultados.

- **Tecnología al servicio del profesional.** Ribera Salud apuesta por la tecnología como aliado del profesional, de la organización y del ciudadano, y pone las últimas innovaciones tecnológicas

al servicio de la salud con el desarrollo de planes de inversiones en tecnología e infraestructuras. Planes que suponen un compromiso en el capítulo de inversión privada en infraestructuras

sanitarias públicas de más de 700 millones de euros para los próximos 15 años.

En el aspecto de la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) hay que destacar la historia clínica electrónica, que se encuadra dentro de la aplicación *Florence*, exportada a varios hospitales de Chile; la radiología digital, la telemedicina y los cajeros táctiles para petición de cita.



Por **FLOR RAIGADA**

Abordar el dolor desde la eficiencia

El dolor crónico es un problema de salud en todos los países desarrollados. Se estima que afecta a uno de cada cinco adultos europeos y representa una carga considerable, no solo para los pacientes, familiares y cuidadores, sistemas sanitarios, sino también para la economía de los diferentes países. Sin embargo, la dificultad para evaluar la magnitud del problema, derivada de la ambigüedad de la definición del dolor crónico, ha propiciado que este trastorno haya quedado relegado a un segundo plano en la sanidad pública.

En España, el dolor crónico afecta a más de 4,5 millones de personas durante una media de 6,5 años a lo largo de su vida. El perfil del paciente español con dolor crónico lo constituye una mujer de 50 años, ama de casa, con un nivel socioeconómico medio y estudios primarios. Como consecuencia de la aparición y del mantenimiento del dolor crónico, en el 50 por ciento de los pacientes aparecen trastornos del sueño y en el 29 por ciento surge un cuadro depresivo asociado. El 22 por ciento de los pacientes pierden su empleo, un ocho por ciento sufre cambios de responsabilidad en su puesto de trabajo y un cuatro por ciento se ve obligado a cambiar de trabajo. Más de la mitad de las personas que sufren dolor crónico no están satisfechas con su medicación. El dolor crónico en España supone un gasto de más de 3.000 millones de euros cada año a las arcas de la sanidad pública, y la estimación de los costes directos e indirectos, cada año asciende

a 16.000 millones de euros, un 2,5 por ciento del producto interior bruto.

A nivel nacional, existe una falta de información clara y concisa sobre la prevalencia de la enfermedad, ya que no existen estudios epidemiológicos suficientes. La Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, solo incluye una pregunta sobre salud percibida por el paciente (¿Ha padecido usted dolor crónico en el plazo del último año?). Según la Sociedad Española del Dolor (SED), el 21 por ciento de la población española sufre dolor crónico.

UN PROBLEMA INFRAVALORADO

A pesar de la magnitud del problema y del interés médico, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con dolor crónico, este problema está infravalorado o inadecuadamente tratado. Las causas son múltiples, siendo los problemas más destacados la falta de formación y de información de los profesionales sanitarios; el desconocimiento sobre la utilización de tratamientos de forma segura, efectiva y eficiente; la falta de precisión, adecuación y utilización de los métodos de evaluación del dolor; las normas para el uso de estupefacientes; y el componente cultural subyacente a las actitudes y sistemas de afrontamiento del dolor. Otros factores están relacionados con la dificultad en la verbalización del dolor por parte del paciente y la comunicación entre la persona atendida y el profesional sanitario.

Las consultas por dolor en España son muy comunes tanto en Atención Primaria (AP) como en urgencias. Una parte de ellas se resuelven y el resto se deriva al especialista; si allí no se resuelven entonces pasan a las Unidades del Tratamiento del Dolor.

La Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD) se define como una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar, que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico.

La escasez de recursos en las UTD hace aumentar las listas de espera y alarga el proceso de tratamiento. Esto trae como consecuencia el estancamiento de la enfermedad en los pacientes. Según la SED, aproximadamente el dos por ciento de los pacientes con dolor crónico se encuentran en las UTD; el 83 por ciento en AP y el 15 por ciento en el especialista. En el año 2007, las UTD encuestadas realizaron un total de 271.913 visitas (4.856 por unidad; 3,3 por paciente).

A pesar del avance experimentado en manejo del dolor crónico y dada la situación económica actual, no podemos olvidar los siguientes puntos claves:

- No hay un plan estratégico nacional sobre el dolor crónico, y se necesitan estudios económicos específicos que evidencien la carga económica y social que este supone para el sistema sanitario y la sociedad en general.

Por lo tanto, es necesario diseñar un plan estratégico nacional sobre el dolor crónico, sin incremento del gasto público, en cuya elaboración colaboren la Administración, la comunidad científica y las asociaciones de pacientes.

Trabajar en una gestión eficaz de los recursos, que suponga un ahorro a medio y largo plazo y permita una redistribución más eficiente de estos fondos. Como resultado se debe obtener una mayor capacitación y coordinación entre los distintos profesionales médicos para gestionar eficazmente el dolor crónico y reforzar la educación de los pacientes y la sociedad en general.

Asimismo, es preciso determinar la carga económica de la enfermedad y presentar propuestas de mejora en la eficiencia de la gestión del gasto, planteando recortes sensatos y estratégicos como un ahorro a medio y largo plazo.

- Falta de especialización en dolor crónico en la formación de los profesionales de la salud. Descoordinación entre profesionales médicos de la Atención Primaria y la especializada, ya que en algunas ocasiones se consumen recursos sanitarios sin conllevar ningún beneficio real para el estado de salud del paciente. Falta de una visión global e integradora sobre la complejidad a la hora de tratar el dolor crónico

Para paliar esta situación convendría desarrollar un proceso integrado del abordaje del paciente con dolor crónico mediante la implementación

de procesos y planes territoriales en los que se establezcan los diferentes niveles de tratamiento estableciendo el circuito y las estructuras habilitadas para atender al paciente, analizando la situación en cada zona determinada para establecer recursos adecuados a las necesidades de cada población y caso concreto. También hay que incidir

MÁS DE LA MITAD DE LAS PERSONAS QUE SUFREN DOLOR CRÓNICO NO ESTÁN SATISFECHAS CON SU MEDICACIÓN

en la capacitación de los profesionales con la puesta en marcha de manera definitiva del área de capacitación específica en dolor y la posibilidad de formarse en una especialidad que cada vez requiere mayores conocimientos y habilidades técnicas.

A ello hay que sumarle una mejora en la coordinación entre la Atención Primaria y la hospitalaria, así como entre los diferentes especialistas de la misma para gestionar eficazmente el dolor crónico sin tener que llegar a las UTD, donde solo irían los casos que realmente lo necesitan.

- Desde el punto de vista de los pacientes, no se percibe un interés por proporcionales una formación sólida y fomentar el asociacionismo que promueva sus intereses y les permita avanzar hacia satisfacer sus necesidades. Falta concienciación social sobre el dolor crónico y la necesidad de su tratamiento específico. La población en general considera que el dolor es una consecuencia de la patología y que deben resignarse a sobrellevarlo sin tratarse o acudir al médico.

Frente a esta situación hay que reforzar la educación de los pacientes y de la población en general sobre los aspectos

más importantes de la enfermedad y hacerles partícipes para fomentar su autonomía.

Por último, conviene asumir que el tratamiento efectivo y preventivo del dolor crónico es un proceso complejo que incluye aspectos fisiológicos, psicológicos y socioculturales con el fin de incrementar la percepción de control del dolor por parte del paciente y modificar, en ciertos casos, las creencias en torno a su condición y a su enfermedad. Esto podría incidir favorablemente en la calidad de vida del paciente y su familia.

Sección patrocinada por:



*Coordinadora académica del Máster en administración y dirección de servicios sanitarios de la Fundación Gaspar Casal.

» **La SEMST certifica espacios cardioprotegidos**

La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), como parte de su labor de velar por la salud de los trabajadores, certifica las empresas que disponen de desfibriladores semiautomáticos.

La certificación evalúa diferentes aspectos (como el mantenimiento, la señalización o la formación del personal) y, en aquellas ubicaciones que disponen de más de un equipo, estudia su distribución. Los estudios indican que aquellos lugares



que disponen de desfibriladores bien mantenidos y con personal apto para su uso consiguen supervivencias de más del 30 por ciento con respecto a los lugares que no disponen de equipos o que lo tienen pero carecen del control necesario para que a su uso todo esté en perfecto estado.

Desde el pasado 1 de enero, entidades como Unidad Editorial, el Ministerio de Defensa, la Agencia EFE, Ford España, el Hospital Universitario de Ceuta, Navantia, el Consejo Superior de Deportes, la estación de esquí de La Covatilla, DYA, el Club de Golf Montaña o Tennis Academi Santo Domingo han sido certificado como espacios cardioprotegidos por la SEMST.

La certificación controla también las renovaciones de formación y la caducidad de parches y baterías para que, año tras año, estas estén en perfectas condiciones para su uso.

La teleasistencia mejora la calidad y reduce costes en las espirometrías realizadas en Atención Primaria

Un estudio realizado bajo el paraguas del Programa de Investigación Integrada de EPOC de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) muestra las ventajas de utilizar un programa *on line* de teleasistencia para controlar y mejorar la calidad de las pruebas de espirometría forzada. La generalización del uso de la espirometría forzada de calidad en Atención Primaria es una prioridad mundial

porque facilita el diagnóstico y seguimiento de las patologías respiratorias, y es esencial para facilitar el principio de continuidad asistencial con interacciones entre los diferentes niveles de atención sanitaria.

La realización de estas pruebas por parte de personal no especializado de Atención Primaria "puede conseguirse con eficacia y ahorro de costes mediante la asistencia remota a través de una web que además puede facilitar la formación continuada del personal implicado", explica Felip Burgos, miembro de SEPAR y coordinador del estudio.

En el estudio publicado han participado siete centros de referencia, 18 centros de salud de toda España, 34 enfermeras y 4.581 pacientes durante doce meses.



dan estar sufriendo un ictus en su servicio de urgencias.

Para poner en marcha este sistema, Unitronics proveerá e instalará el equipamiento para dotar al sistema de mayor flexibilidad, seguridad y funcionalidad, así como para permitir su integración en la Historia Clínica Electrónica

» **Unitronics se incorpora al proyecto Teleictus CatSalud**

Unitronics ha resultado adjudicatario del concurso público de Red.es para llevar a cabo el suministro y la instalación del sistema de videoconferencia para la segunda fase del proyecto Teleictus del Servicio Catalán de Salud (Catsalut). Se trata de una iniciativa que comenzó su singladura en el 2007 y que se haya implantada en cuatro hospitales de referencia y siete comarcas de la red sanitaria pública de Cataluña. El programa permite, a través de las nuevas tecnologías, reducir el tiempo de respuesta de los profesionales sanitarios para efectuar un

diagnóstico y decidir cuál es el tratamiento más adecuado que debe recibir una persona que ha sufrido un episodio de ictus.

Teleictus facilita la interacción en tiempo real entre el neurólogo, el

profesional del hospital comarcal y el paciente, y la consulta de imágenes como radiografías o TACs para proceder, tras una valoración conjunta, a la aplicación al paciente de la terapia apropiada durante las primeras horas del episodio.

Gracias a este proyecto, los expertos en neurología de los hospitales de referencia pueden ser consultados por los hospitales comarcales a través de servicios telemáticos para atender a pacientes que pue-

del paciente. La tecnología de la plataforma de videoconferencia está basada íntegramente en protocolo IP y consta de dos sistemas diferenciados, el Sistema de Infraestructura Central (SIC) y el Sistema de Infraestructura Remota (SIR) en los centros hospitalarios. Unitronics ha propuesto varios equipos del fabricante Cisco Systems que cubren los distintos módulos funcionales descritos.

» El reconocimiento de voz aprende catalán de la mano de Nuance

El pasado año, Nuance realizó un análisis de la implantación de SpeechMagic en catalán y los resultados obtenidos se sitúan entorno al 30-35 por ciento, llegando algunos centros, como el Centro de Diagnóstico por la Imagen del Hospital Clínic de Barcelona incluso al 40 por ciento. Numerosos centros catalanes han implementado esta herramienta en sus centros de diagnóstico por la imagen con un uso mayoritario de la herramienta. Hasta la fecha, centros como Cetir Grup Mèdic, el UDIAT (Centro de Diagnóstico de la Corporació Sanitària Parc Taulí), el Hospital Clínic, el Hospital Sant Pau, la Clínica Quirón, Hospitales USP, Grupo CRC, Hospital de Vic, Hospital de Sant Boi o el

Los médicos españoles entre los más proclives al uso de TIC

Según un estudio de la consultora Accenture, los médicos españoles son los que más aprecian las ventajas de la tecnología de cara a la mejora de la atención sanitaria, con una puntuación media de 71 por ciento en las diez categorías analizadas, frente al 59 por ciento de la media del estudio realizado entre 3.700 médicos de ocho países (España, Australia, Canadá, Inglaterra, Francia, Alemania, Singapur y Estados Unidos). Así, el 82,2 por ciento de los médicos españoles cree que la tecnología conlleva una

mejor coordinación entre la atención sanitaria y los límites del servicio; una mejora de los procesos de trabajo entre las diferentes organizaciones (82 por ciento) y un mejor acceso a datos cualitativos para la realización de estudios clínicos (81,8 por ciento).



Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, entre otros, trabajan con la versión en catalán.

Por el momento, esta versión solo está disponible para radiología, pero el objetivo de la compañía es implementarlo para otras áreas de actividad.

» El híbrido PET-TAC de Siemens llega a la Universidad de Sevilla

Siemens ha dotado al Centro Nacional de Aceleradores (CNA) de la Universidad de Sevilla con un Biograph mCT 64, un sistema híbrido de diagnóstico por imagen que integra un PET (tomografía por emisión de positrones, una técnica no invasiva de diagnóstico por imagen capaz de medir la actividad metabólica del cuerpo humano) con la tecnología más avanzada de cristales LSO y el TAC, o escáner, de 64 cortes de altas prestaciones SOMATOM Definition AS 64. El equipo permite utilizar de forma independiente o de manera conjunta cada una de las modalidades para combinar las imágenes anatómicas y funcionales.

Gracias al convenio de colaboración firmado entre el Hospital Virgen del Rocío y el CNA de la Universidad de Sevilla, el equipo se destinará fundamentalmente a la investigación de enfermedades oncológicas, cardíacas y neuro-

lógicas. También se utilizará para realizar diagnósticos de pacientes derivados del citado hospital.

Sección patrocinada por:





Por **MARCIAL GARCÍA ROJO**

'Tweets' como herramienta bibliométrica

La medida de la calidad de los trabajos científicos y de las revistas en las que se publican, hasta la fecha, se basa en el impacto que tienen en la bibliografía de otros trabajos; es decir, en el número de veces que un artículo ha sido citado por otros artículos. Esto permite evaluar, asimismo, la productividad y el impacto del trabajo realizado por los investigadores.

Dado que la medida de la citación en otros artículos tiene algunos inconvenientes, Gunther Eysenbach, de la Universidad de Toronto, Canadá, propone utilizar herramientas de Internet 2.0, como Twitter, para establecer un nuevo sistema de medida de impacto e influencia de los trabajos científicos. Sin embargo, para poder dar este paso, es necesario analizar previamente la correlación entre ambos sistemas de medida.

Entre las desventajas que tiene el sistema actual de evaluación de impacto, podemos destacar la necesidad de un tiempo largo para obtener resultados; la dificultad para obtener datos en el entorno actual, en el que la mayoría de la investigación realizada no se publica en revistas de acceso gratuito, lo que supone depender de bases de datos comerciales para disponer de cifras; la falta de transparencia y reproducibilidad; y la limitación al entorno investigador y no tener en cuenta el impacto en los tomadores de decisiones y en pacientes o en el público en general.

Puesto que no es fácil medir el impacto en la sociedad o la transmisión de cono-

cimiento, hasta el momento se utilizan sistemas basados en cuestionarios para analizar el impacto social de algunas publicaciones, pero lo cierto es que, tal y como Eysenbach afirma, no parece que los cuestionarios puedan ser aplicados de forma generalizada al gran número de publicaciones científicas existentes hoy en día.

La propuesta de Eysenbach consiste en utilizar Twitter para medir el impacto social y así complementar el sistema tradicional de citaciones. Para ello, ha realizado un estudio piloto en la revista que él mismo dirige, *Journal of Medical Internet Research* (JMIR).

Otros autores han intentado medir el impacto en la web de artículos científicos, analizando el número de enlaces o de referencias en la web, estudiando aspectos concretos como páginas dedicadas a cursos, blogs, presentaciones PowerPoint o aparición en Google Books. Hasta la fecha, ninguno de estos sistemas de evaluación de impacto ha tenido mucho éxito, aunque algunos sistemas como CiteULike y Mendeley permiten obtener datos bien estructurados de impacto en Internet y permiten medir, en cierta forma, la popularidad o impacto social de determinada información. Lo cierto es que, dado que todos dejamos pistas al navegar por Internet, la web permite medir lo que de otra forma sería inmensurable.

Entre los antecedentes que menciona el trabajo de Eysenbach podemos señalar que durante la pandemia de gripe H1N1, el número de *tweets* se correlacionaba con

las tasas de incidencia de la enfermedad. Esto animó al autor a analizar, durante dos años, 4.208 *tweets* con enlaces a 286 artículos diferentes de la JMIR y comparar estos resultados con el índice de citaciones *Scopus* y con los resultados en Google Scholar. El estudio concluye que el 44 por ciento de los *tweets* se envían el mismo día que aparece el artículo y un 16 por ciento se envían al día siguiente, observándose posteriormente un rápido declive en el número de mensajes intercambiados.

Se observó correlación entre el número de *tweets* y las citaciones en Google Scholar. En cuanto a la asociación con el índice bibliométrico convencional *Scopus*, el estudio pudo demostrar que los artículos con más *tweets* tenían 11 veces más posibilidades de tener alto índice de impacto que los artículos con menos *tweets*.

En conclusión, según este estudio, bastan tres días de análisis de los *tweets* que ha generado un artículo para poder predecir qué artículos serán más citados en los índices bibliométricos tradicionales. Quizá esto pueda deberse a que sean las propias herramientas web 2.0 las que originan que un artículo posteriormente tenga mayor impacto, por lo que serán necesarios más estudios que confirmen la fiabilidad de los mensajes de Twitter para predecir el verdadero impacto social y científico que tiene un trabajo científico.

PUNTOS CLAVE

Entre las desventajas que tiene el sistema actual de evaluación de impacto, podemos destacar la necesidad de un tiempo largo para obtener resultados

El estudio concluye que el 44 por ciento de los *tweets* se envían el mismo día que aparece el artículo y un 16 por ciento al día siguiente

web de **la salud**.es



Pensando
en su
paciente

www.webdelasalud.es



Lecciones de mi padre

A TRAVÉS DE LA ENFERMEDAD DE SU PADRE UN MÉDICO APRENDE A VIVIR LA VIDA Y A DEFENDER MEJOR A SUS PACIENTES

[Por **TIM HENNESSY**]

Al empezar a ejercer nuestra profesión, mi esposa, también médico, y yo hicimos la promesa de no tratar a miembros de la familia. Pensamos que simplemente podríamos excusarnos de la situación siempre que alguien cayera enfermo. En gran parte, pudimos cumplir nuestra promesa, con la excepción del antibiótico ocasional que debimos administrar durante un fin de semana. Sin embargo, nuestra política de aislamiento se vio seriamente amenazada por los problemas de salud de mi padre. Su caso cambió mi forma de ejercer la medicina y es emblemático del desafío al que se enfrentan muchos médicos al atender a sus seres queridos.

Mi padre empezó a tener dificultades hace cinco años y medio. Sus problemas de salud coincidieron con el nacimiento de mi hija menor. En el mismo momento en que mi esposa entró en la sala de parto, mi padre entró en urgencias. Fueron ingresados en el mismo hospital; mi esposa en la planta cuarta y mi padre en la tercera. Entre las contracciones, bajaba hasta el piso de abajo para ver a mi padre, y luego subía corriendo las escaleras para asegurarme de que mi esposa estaba bien. Al final de la noche, creo que hasta empecé a decirle a mi padre que empujara, lo que hizo que me echara de la habitación hasta que el bebé hubiera nacido.

Mi padre estaba muy débil cuando ingresó en el hospital. Su análisis de sangre reveló que sus niveles de hemoglobina eran de solo 6,0 g/dL. Pronto se supo que tenía una hemorragia en el tracto gastrointestinal (GI). Se le realizó un exhaustivo estudio diagnóstico GI, que reveló que la hemorragia era secundaria a malformaciones arteriovenosas (MAV) en el intestino delgado.

Su gastroenterólogo me preguntó si había oído hablar del "síndrome de Heidi." Las imágenes de una niña

pequeña de los Alpes suizos me cruzaron la mente y, sin poder contenerme, le pregunté si tenía algo que ver con la infame película de Shirley Temple que anticipó los últimos minutos del partido de los Jets y los Raiders en 1968. En un tono monótono me respondió que se escribía "H-E-Y-D-E," lo que me puso nervioso porque nunca es bueno que te diagnostiquen un síndrome.

El síndrome de Heyde es la relación entre la hemorragia por MAV y la estenosis aórtica severa. Se cree que el estrechamiento de la válvula aórtica destruye el factor de von Willebrand, haciendo que el paciente sea mucho más propenso a la hemorragia. La buena noticia es que una vez reparada la válvula, la hemorragia cesa. La mala noticia es que hay que reparar la válvula.

Mi padre fue considerado candidato a cirugía de alto riesgo. Además de su estenosis aórtica severa, también tenía un enfisema grave. Si tenemos en cuenta su hemorragia persistente y su baja presión arterial por la hemorragia, es comprensible que los cirujanos dudaran en aceptar el caso de mi padre.

CONVERTIRSE EN DEFENSOR

Fue en este momento cuando empecé a atormentarme por lo que debería hacer. Si insistía con la cirugía y no salía bien, me sentiría responsable. Si no insistía, las cosas podrían acabar mal, y me sentiría responsable. De cualquier manera, sentía que la decisión dependía de mí. Entonces mi esposa me puso los puntos sobre las íes. Me recordó que no se trataba de mi decisión, sino de la de mi padre. Mi papel era el de su defensor y, según mi esposa, ¿qué mejor defensor se puede tener que un hijo que además es médico? Mi trabajo consistía en ayudarle a comprender todas las cuestiones médicas, en asegurarme de



“EL CASO DE MI PADRE ME RECORDÓ QUE, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, DEBERÍA TOMARME MI TIEMPO PARA SER UN MEJOR DEFENSOR DE TODOS MIS PACIENTES”

que veía a los mejores especialistas y en ayudarle logísticamente a programar las pruebas, las citas y a tratar con la aseguradora. Al final, él tomaba las decisiones más importantes, y yo era el “segundo chef.”

Con mi nuevo papel mejor definido, le presenté a mi padre todas las opciones. Podía seguir tal y como estaba, lo que probablemente resultaría en reingresos en el hospital y un deterioro progresivo de su estado funcional, o podía someterse a una cirugía de alto riesgo que podía acabar con su vida pero que si salía bien, resolvería su problema por completo y le permitiría recuperar su calidad de vida. Pensó en las opciones, hizo las preguntas adecuadas y se decidió por la opción dos. Me dijo que necesitaba conocer a su nueva nieta, y que aún no estaba preparado para morir. Me pidió que buscara al mejor cirujano de la costa este.

Su cirujano era bueno. Rebosaba confianza y audazmente predijo que mi padre saldría bien de la cirugía, que había programado para la semana siguiente. Como

había prometido, la cirugía se realizó sin ningún problema y, lo que es más sorprendente, su curso posoperatorio transcurrió también sin ningún incidente. Para mi familia

fue como si estuviéramos desactivando una bomba y acabáramos de cortar el cable rojo. Estábamos esperando el bum, totalmente pálidos, encogidos de hombros, hasta que la cuenta atrás se detuvo. No pasó nada. No hubo ningún bum. Ninguna complicación. Mi padre estaba estable, su hemorragia había cesado, y en tan solo unos meses, empezó a sentirse él mismo otra vez.

UN NUEVO AÑO

A medida que se acercaba el día de Año Nuevo, nos sentíamos muy agradecidos de dejar ese año detrás y confiábamos en que el nuevo sería mejor. Pero, a veces, la vida no funciona de la forma que esperamos. Mientras los que han parado la bomba lo celebran, a veces la cuenta atrás se pone otra vez en marcha.

Algunas personas sienten pavor cuando se dan cuenta de que algo va mal. Yo siento una presión en el pecho, mi corazón empieza a latir a toda prisa y las palabras “no, no, no” se repiten en mi cabeza. Esa es la sensación exacta que me invadió cuando mi padre me pidió que palpara un bulto duro que se había encontrado en el cuerpo.

Se había descubierto un nódulo linfático agrandado y temí que pudiera ser cáncer. Si lo era, lo mejor hubiera sido un linfoma, pero resultó ser un melanoma. De repente, podía oír cómo el reloj de la bomba iba más rápido.

De nuevo, me puse mi delantal de “segundo chef.” Empecé por aprender todo lo que pude sobre el melanoma metastásico en estadio 4 y luego se lo expliqué a mis padres con palabras que pudieran entender. Investigué quiénes eran los mejores médicos en la zona de mi padre y le ayudé a pedir citas para verlos. También me aseguré de que pudiera someterse a escáneres de tomografía computarizada, tomografía de emisión de positrones e imágenes de resonancia magnética oportunamente.

Es importante recordar que, aunque participaba de forma activa en la coordinación de sus cuidados médicos, era mi padre quien tomaba todas las decisiones importantes. Decidió visitar al oncólogo local en lugar de acudir al especialista del centro universitario. Eligió entrar en un ensayo farmacológico experimental, antes que empezar con la quimioterapia convencional, manteniéndose fiel a su filosofía de no perder sin haber luchado. También estuvo de acuerdo con su oncólogo en que la radioterapia adyuvante parecía una buena idea. En cada encrucijada, yo me aseguraba de que tuviera toda la información y él tomaba la decisión.

LOS PACIENTES NECESITAN DEFENSORES

Ahora más que nunca, la gente necesita un defensor que le ayude a navegar por nuestro complejo sistema sanitario. El caso de mi padre me recordó que, siempre que sea posible, debería tomarme mi tiempo para ser un mejor defensor de todos mis pacientes. Todo el mundo se beneficia de la educación del paciente y de una mejor coordinación del cuidado. En un nivel más profundo, cuando se actúa como defensor, se consigue la confianza del paciente, lo que hace que invertir nuestro tiempo bien merezca el esfuerzo.

Cuando los pacientes confían en nosotros, se convierten en anuncios andantes que publicitan nuestra consulta. Nada mejor para una consulta que la recomendación personal. Además, estos pacientes son mucho más comprensivos cuando vas con retraso, mucho menos propensos a demandar si los resultados son malos y se muestran mucho más agradecidos por todo lo que haces, recordándote el porqué de estudiar medicina.

Mi padre murió en septiembre de 2009, casi cuatro años después de su diagnóstico inicial y tres años más tarde de lo que hubiera predicho el pronóstico más optimista. A lo largo de su enfermedad, mantuvo una actitud positiva, jugó con sus nietos todos los días y

disfrutó de una calidad de vida bastante buena.

Solo durante sus últimas semanas su estado clínico cambió de repente. Perdió el apetito, se debilitó y dejó de caminar. Fue en este momento cuando tomó la decisión más difícil de todas. Cuando se

enfrentó a la decisión de volver al hospital para someterse a más pruebas o bien quedarse en casa, decidió quedarse en casa. Tanto la familia como sus médicos estuvieron de acuerdo. Murió escuchando música irlandesa, con su familia y amigos junto a él.

El escritor norteamericano Clarence B. Kelland dijo una vez: “Mi padre no me dijo cómo vivir; él vivió, y me dejó ver cómo lo hacía.” Mi padre vivió de tal forma que todos pudimos aprender algo de él. Disfrutó de los placeres sencillos de la vida. Prefirió la sombra fresca de un árbol antes que la fuerte brisa del aire acondicionado. Solo le preocupaba que su coche funcionara bien, no qué aspecto tenía. Juzgaba el valor de una casa no por su tamaño sino por la calidad de las personas que vivían bajo su techo. Siempre trató a sus amigos como si fueran de la familia y a su familia como si fueran sus amigos”.

Mi padre no solo me enseñó a ser mejor médico; me enseñó a vivir una vida mejor.



El autor es internista y ejerce la Atención Primaria en Wilmington, Delaware. Escribe un boletín informativo en línea con regularidad y es autor del libro Recalled to Health. Es posible contactar con él a través de su página

web, www.recalledtohealth.com. Envíe sus comentarios a medeconomics@drugfarma.com

“EN UN NIVEL MÁS PROFUNDO, CUANDO SE ACTÚA COMO DEFENSOR, SE CONSIGUE LA CONFIANZA DEL PACIENTE, QUE HACE QUE INVERTIR NUESTRO TIEMPO BIEN MEREZCA EL ESFUERZO”

Sociedad Española de Medicina
y Seguridad del Trabajo

XIV Congreso

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

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

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

Información, Integración y Participación



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA
Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

www.semst.org



SOCIEDAD CASTELLANA DE MEDICINA
Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

www.scmst.es



UNIÓN EUROPEA

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





Por **LUIS G. PARERAS**

Cómo fijar precios competitivos

Desarrollar una estrategia óptima de precios es un reto para todos los emprendedores. Nuestro objetivo debe ser fijar un precio que consiga al mismo tiempo que la rentabilidad sobre el capital invertido sea la mejor posible, y que la cuota de mercado (*marketshare*) sea la mayor. Sin embargo, la existencia de competidores en el mercado nos obligará a fijar un precio que nos permita ser competitivos.

El emprendedor incurre en distintos tipos de costes al llevar a la práctica su idea. Algunos son costes fijos, que no cambian con el volumen de producción (equipo, salarios), y otros son variables, que cambian con el volumen de esa producción (materia prima, comisiones de venta). El precio de un producto o servicio debe ser mayor que su coste variable porque, en caso contrario, el emprendedor perderá dinero con la venta de cada unidad adicional. Para lograr salir adelante, una iniciativa empresarial debe recuperar no solo los costes variables y fijos, sino que además debe producir un beneficio razonable.

Existen varias maneras para fijar el precio de un producto o servicio:

Método basado en el coste. Calculado teniendo presentes el coste y el margen que queremos obtener por cada unidad vendida. Podemos buscar un incremento sobre el coste total (añadiendo un porcentaje de beneficio al coste total), o un incremento sobre el coste

marginal (se le añade cierta cantidad al coste marginal, es decir, al coste de una unidad más de producto, cubriendo así totalmente los costes variables y permitiendo una mayor flexibilidad para fijar precios más competitivos cuando sea necesario).

Método basado en los precios de la competencia. Utilizado habitualmente en conjunción con el primero tratando de posicionar nuestro precio en relación con los precios de nuestros competidores.

Método basado en el valor percibido. Alternativo a los anteriores. Es especialmente útil para ponerle precio a una innovación o producto nuevo. Intenta averiguar, según estudios de mercado u otras estrategias, cuál es el precio que el usuario final estaría dispuesto a pagar.

El precio es importante no solo por su impacto en nuestros ingresos y beneficios, sino porque desempeña un papel esencial en cómo los consumidores perciben nuestra posición en el mercado. El precio sirve como un indicador de la calidad, cuya percepción está basada muchas veces en lo caro o barato que sea un determinado producto. Cuanto más diferenciado esté nuestro producto o servicio, y cuanta más calidad tenga, menos sensible al precio será el cliente final.

De igual modo, el cliente suele ser también poco sensible al precio cuando los productos o servicios están “paque-

tizados” en una oferta. De este modo el precio es más difícil de comparar con el de los competidores. Si en vez de vender un *kit* de autodetección del cáncer de cuello de cérvix, vendemos un *pack* del *kit* y el servicio de diagnóstico asociado, más una visita posterior al ginecólogo, el precio de este producto final, que engloba varias cosas, es más difícil de comparar con los de la competencia y nos puede permitir una mayor flexibilidad.

Por último, es importante destacar que existen dos grandes estrategias de precio:

- *Price skimming*, que trata de poner un precio alto y obtener un gran margen de venta, a costa de obtener una cuota de mercado muy limitada (si el precio es alto, la demanda será baja). La estrategia de *skimming* es la más indicada para los emprendedores con un producto que aporte algo nuevo para el mercado.

- *Penetration pricing*, que trata de obtener una gran cuota de mercado sacrificando nuestro margen, haciéndolo pequeño, y ajustando al máximo el precio. La estrategia de penetración no es recomendable salvo que el producto sea maduro o los canales de distribución estén muy bien establecidos (debe compensarse con un gran volumen de ventas).

PUNTOS CLAVE

El precio de un producto o servicio debe ser mayor que su coste variable porque, en caso contrario, el emprendedor perderá dinero con la venta de cada unidad adicional

El precio desempeña un papel esencial en cómo los consumidores perciben nuestra posición en el mercado



Por MIGUEL FERNÁNDEZ DE SEVILLA

Criterios de la responsabilidad civil

Análisis a la luz de la sentencia del 25-4-1994 de la Sala 1ª del Tribunal Supremo.

He creído conveniente analizar la sentencia arriba reseñada por la enorme importancia que ha tenido en la construcción de una doctrina jurisprudencial de nuestro más Alto Tribunal respecto de la responsabilidad civil del médico o sanitario que, como sabemos, puede sobrevenir por incumplimiento de contrato o a consecuencia de un acto ilícito.

Esta sentencia nos muestra por primera vez los criterios jurisprudenciales de la Sala 1ª del Tribunal Supremo, que han sido a lo largo de más de 25 años la base de las resoluciones en materia de responsabilidad médica.

Señalaba la sentencia como presupuestos de la misma, tres condiciones:

El acto médico. La necesaria existencia de un acto médico, tanto sea asistencial o de necesidad, como voluntario o de satisfacción, cuyas consecuencias nocivas resulten imputables al profesional sanitario que presta atención privada, a cada miembro de un equipo o al centro hospitalario, según el régimen de prestación de los servicios profesionales.

La culpa o la negligencia médica, que forzosamente surge cuando no se realizan las funciones o las técnicas de la normal actuación profesional, es decir, de aquellas que se aconsejan que se empleen como usuales en la aplicación de la deontología médica y del sentido común

humanitario, sin entrar para nada en la llamada *Lex Artis*.

Relación de causalidad. Debe darse una relación de causalidad entre el acto imputable al médico, al sanitario o a la Administración; y la lesión, siendo este

SE ESTÁ IMPONIENDO LA TEORÍA DE LA CULPA VIRTUAL, CUYA PRIMERA CONSECUENCIA ES LA INVERSIÓN PROBATORIA

requisito importantísimo e imprescindible para que el acto médico resulte imputable, exigiéndose la prueba de la concurrencia de una causa concreta que determine el daño, sin interferencias extrañas provenientes de terceros o del propio lesionado.

Pero no podemos dejar de decir que últimamente la jurisprudencia ha venido presumiendo la culpa del que causa el daño y, por tanto, hay una inversión de la carga de la prueba. Anteriormente, el que reclamaba por una negligencia médica tenía la obligación de probar la mala praxis o la propia negligencia, es decir, el daño. Tradicionalmente, el que reclamaba la indemnización por daños había de demostrar no solo el daño sufrido por él en su persona o bienes, sino también que el demandado era el causante con su actuación negligente y que en su actua-

ción había intervenido culpa y falta de diligencia.

Modernamente, la carga de la prueba se ha flexibilizado para el demandante, por los principios de disponibilidad y facilidad probatoria, llegándose a invertir la carga de la prueba para obligar al autor de los daños a acreditar que obró en el ejercicio de sus actos lícitos con toda prudencia y diligencia precisas para probarlos, pues la dificultad de la prueba coloca en situación de inferioridad al demandante, contradiciendo los principios de equidad que deben presidir la realización de la justicia.

A partir de esta sentencia se establecieron los requisitos necesarios

para hablar de negligencia médica, pero en la actualidad se está

PUNTOS CLAVE

Últimamente la jurisprudencia ha venido presumiendo la culpa del que causa el daño y, por tanto, hay una inversión de la carga de la prueba

La carga de la prueba se ha flexibilizado para el demandante, por los principios de disponibilidad y facilidad probatoria

imponiendo poco a poco, desde hace ya algunos años, la teoría de la culpa virtual que, como primera consecuencia, tiene la inversión probatoria, y ahora no solo será el paciente el que tenga que demostrar que la actuación del facultativo fue negligente, sino que se dan casos donde precisamente el médico es el que tiene que probar que su actuación fue correcta.

Por todo lo cual, los profesionales médicos deberán, en cualquier caso, actualizar sus conocimientos y, en segundo lugar, aplicarlos con la mejor de las técnicas.



Por **NATALIA AGUIRRE VERGARA**

Cómo obtener más rentabilidad

Ala hora de tomar una decisión de inversión, lo primero que tenemos que mirar es la rentabilidad esperada, así como el riesgo implícito en dicha inversión. Sin embargo, más que la rentabilidad financiera en sí misma, parece más adecuado analizar la rentabilidad financiero-fiscal de la inversión, que es la que realmente llegará a nuestro bolsillo. Es por ello que la decisión del gobierno de elevar (temporalmente) los impuestos sobre el ahorro debería condicionar nuestras decisiones de inversión en el corto plazo, en tanto en cuanto las modificaciones son importantes.

¿Y cuáles son los principales cambios en la tributación del ahorro? Los primeros 6.000 euros de rentas del ahorro, que antes tributaban al 19 por ciento, pasarán a hacerlo al 21 por ciento. A partir de 6.001 euros y hasta 24.000 euros se tributará al 25 por ciento y rentas superiores a 24.000 euros lo harán al 27 por ciento (antes al 21 por ciento en ambos casos). Por su parte, las retenciones sobre las rentas del ahorro (intereses, dividendos, y reembolso de fondos de inversión, en su caso) aumentan del 19 al 21 por ciento.

Por esta razón, cobra especial relevancia la selección de inversiones, en la medida en que no todos los productos financieros de ahorro e inversión tienen la misma tributación. Obtendremos más por nuestro dinero cuanto más ventajosa sea la fiscalidad del producto que seleccionemos y, en este sentido, el producto con mejor fiscalidad, y por tanto el más beneficiado por la subida impositiva sobre

el ahorro, serán los fondos de inversión. Recordamos que un inversor de este tipo no tributa hasta que no reembolse, a lo que se añade la posibilidad de poder traspasar su posición de un fondo a otro difiriendo la tributación de las plusvalías acumuladas hasta que finalmente disponga de su dinero. Los fondos de inversión, además, están al alcance de cualquier ahorrador, permitiendo participar de su cartera de inversión con una cantidad mínima, repartiéndose los costes de la inversión entre todos los partícipes. Asimismo, permite diversificar la cartera de inversión (algo que requiere un patrimonio relevante), beneficiarse de los conocimientos de un equipo de gestores y analistas, especializados y dedicados a hacer de su inversión un éxito, y acceder a los mejores especialistas de cada tipo de activo, mercado y estilo de gestión.

Por el contrario, otros productos financieros se verán perjudicados por la nueva tributación del ahorro. Este sería el caso de, por ejemplo, las cuentas corrientes, depósitos y renta fija, en la medida en que la retención de los rendimientos será del 21 por ciento pero la tributación puede alcanzar el 27 por ciento.

En el caso de los dividendos, los primeros 1.500 euros percibidos seguirán estando exentos, pero a partir de esta cifra sí que se sufrirá el impacto de un mayor tipo impositivo. Esto podría llevar a las compañías a optar más por *script dividends* en vez de pago de dividendos en efectivo durante 2012 y 2013. Recordamos que el *script dividend* es una fór-

mula de retribución al accionista según la cual este puede optar por recibir acciones liberadas o cobrar el dividendo en metálico. La ventaja de la primera opción, percibir el dividendo en acciones, es que no se tributará hasta que se vendan dichas acciones.

Otro de los activos de inversión que podría verse seriamente perjudicado por la nueva regulación son las acciones, que verán incrementada de forma relevante su tributación, aunque es posible que las pronunciadas caídas de las cotizaciones en los últimos ejercicios permitan compensar buena parte de las futuras plusvalías (recordamos que es posible compensar las plusvalías generadas en un ejercicio con las minusvalías pendientes de compensar de los cuatro años anteriores, independientemente del plazo de generación), por lo que la tributación en ese caso no sería tan elevada.

Por tanto, y aunque generalmente el componente fiscal de una inversión no sea al que más atención se presta, a partir de ahora y con la considerable subida de la tributación del ahorro parece más relevante hacerlo, por cuanto la carga fiscal puede llegar a alcanzar el 27 por ciento de lo generado. Acostumbrémonos por consiguiente a analizar nuestro patrimonio financiero desde una perspectiva no solo financiera, sino también fiscal, con el objetivo de maximizar la rentabilidad final de nuestras inversiones.

PUNTOS CLAVE

Los primeros 6.000 euros de rentas del ahorro, que antes tributaban al 19 por ciento, pasarán a hacerlo al 21 por ciento

Obtendremos más por nuestro dinero cuanto más ventajosa sea la fiscalidad del producto que seleccionemos

Valores del mes

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

Por **NAV**.

Qué ofrecen

Amadeus es la entidad de referencia en el procesamiento de transacciones y proveedor de soluciones tecnológicas avanzadas para el sector mundial del viaje y el turismo. Actúa como una red internacional para la distribución de productos y servicios de viaje, ofreciendo funcionalidades de búsqueda en tiempo real, tarificación, reserva y emisión de billetes a sus clientes a través de su área de negocio de distribución, y ofrece a los proveedores de viajes (fundamentalmente aerolíneas) un amplio abanico de soluciones tecnológicas que

automatizan determinados procesos de negocio y operaciones estratégicas, como las ventas y reservas, la gestión de inventario y otros procesos operativos, a través de su área de negocios de soluciones de TI (tecnologías de la información). Además, sus ingresos están vinculados al volumen de viajes a nivel mundial, en vez de al gasto en viajes, lo cual reduce la volatilidad de sus resultados operativos.

Inditex es uno de los principales distribuidores de moda del mundo, con ocho formatos comerciales (Zara, Pull

& Bear, Massimo Dutti, Bershka, Stradivarius, Oysho, Zara Home y Uterqüe) que cuentan con 5.402 establecimientos en 78 países en Europa, América, Asia y África. Su éxito radica en la singularidad de su modelo de gestión, basado en la innovación y la flexibilidad, adaptándose de forma muy ágil a la cambiante demanda y a los gustos de los consumidores. Este modelo de negocio ha permitido una rápida expansión internacional y una excelente acogida social de la propuesta comercial de las distintas cadenas.

Los elegidos

Amadeus. Esperamos una moderación en el crecimiento del tráfico aéreo en 2012 hasta niveles del cuatro por ciento frente al seis por ciento que habría crecido en 2011. En este contexto, es previsible que Amadeus siga ganando cuota de mercado a nivel mundial, apoyado por el buen ritmo de migraciones de aerolíneas previsto, especialmente en el primer semestre de 2012. Esto debería

permitir un crecimiento del beneficio operativo en torno al cinco por ciento. A estas buenas expectativas de negocio se añade un sólido balance tras refinanciación de la deuda. Como principal riesgo estaría la posible desinversión de Air France-KLM (que controla un 11 por ciento del capital de Amadeus), si bien entendemos que esta se produciría de forma ordenada y con un limitado

descuento respecto al precio de mercado, al igual que ha ocurrido con la colocación de otros paquetes (firmas de capital riesgo).

Inditex. Esperamos tasas de crecimiento de doble dígito en 2012 en ingresos (impulsados tanto por nuevas aperturas de tiendas como por incremento en ventas comparables) y en beneficio operativo. La expansión internacional seguirá explicando el crecimiento del grupo (supone más del 70 por ciento de las ventas totales), a la vez que la caída de ventas en España sería moderada. La buena acogida del negocio de venta por Internet (Zara en los principales mercados y resto de cadenas en proceso de apertura fuera de Europa) y la gran capacidad de generación de caja y por tanto de mejora del dividendo en 2012 son apoyos adicionales para el valor.

Concepto	Amadeus	Inditex
Ticker	AMS	ITX
PER 2012	11,9	20,5
Rentab. dividendo(%)	3,2	2,9
Precio actual	13,27	67,11
Precio objetivo	16,7	74,7

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 27/01/2012



Peugeot Tour

Javier Colomo da el salto a Asia

El ganador del Peugeot Tour de Golf 2011 ha logrado la tarjeta para jugar el Asian Tour esta temporada, junto con el madrileño Pablo Herrería.

Javier Colomo, ganador del Peugeot Tour de Golf 2011, ha logrado la tarjeta para jugar el Asian Tour esta temporada, junto con el madrileño Pablo Herrería. Es la primera vez que dos españoles la consiguen para este prestigioso circuito asiático. Cuando en noviembre Javier Colomo se impuso en la Gran Final del Peugeot Tour, en el recorrido sevillano de Zaudín, aseguró que esta victoria le abre “un nuevo horizonte: la posibilidad de jugar el circuito asiático”. El dinero conseguido con su victoria en la final lo invirtió en jugar la escuela del Asian Tour, que ya ha dado un vuelco a su trayectoria profesional.

“Estoy feliz. Han sido muchos días de sufrimiento, tanto por la tensión del juego como por la climatología. Éramos muchísimos jugadores luchando por lo mismo. La mayoría de ellos están acostumbrados a esta humedad; yo no. Esta te hace sudar desde primera hora. Si encima haces cuatro *swings* de prácticas, empiezas agotado”, dijo. Desde que ganó la final del Peugeot en Sevilla no había competido, por lo que llegó a Tailandia sin ritmo de competición. Viajó el 5 de enero.

“Me ha costado adaptarme, pero día a día me he ido encontrando un poco mejor. La primera fase de la Escuela jugué muy bien, me sirvió para conocer el campo donde jugaría después las dos últimas jornadas de la final, y para coger ritmo de competición”, comentó. Y añadió que todo había salido bien en estas semanas, pero que la clave había sido adaptarse, tener paciencia e ir con Cristina, su mujer, y Carlos, su entrenador.



Javier Colomo, ganador del Peugeot Tour de Golf 2011.

“He pateado muy, muy bien con mi *belly putter*. Ha sido lo mejor de mi juego porque con el juego largo no he estado muy fino. Solo jugué espectacularmente el primer día de la final, en el que hice 65 golpes, pero podría haber hecho muchos menos. El final de la tercera vuelta fue brutal porque venía con cinco más y acabé *birdie-eagle* para colocarme a dos golpes de la tarjeta. Ha sido importantísima la ayuda de Carlos”, reconoció.

“Fue una apuesta importante el que viniese Carlos a acompañarme a Tailandia. Eran tantos días, tantas etapas, todo tan complicado que lo pensamos y tomamos la decisión.

No es lo mismo salir en la jornada final con una persona de confianza que tira de ti y te ayuda con todo el trabajo que hay por detrás, porque no basta solo con coger la tarjeta, sino que hay que hacer *top 10* para entrar en el mayor número de torneos”, explicó.

Empieza en dos semanas en Myanmar, y luego jugará en Filipinas. “Me quedará jugando por aquí cinco semanas aproximadamente y luego veremos, porque hay que pasar por casa a cargar pilas y celebrarlo con todos”. La victoria del Peugeot Tour, y las dos fases de la Escuela Asiática han sido sus últimos torneos disputados, con resultados muy satisfactorios. Le espera ahora al cacereño una etapa de novedades, pero ya se ha convertido en el primer español que consigue un *top 10* en la Escuela del Asian Tour.

Éxito de la Fundación Síndrome de West

Fundación Síndrome de West cerró su temporada de golf con un magnífico fin de semana de competición en Las Colinas Golf, en Orihuela. En primera categoría, la victoria fue para la golfista profesional Itziar Elguezábal,

con un total de 68 puntos, seguida de Lorenzo Rico, con 63. Grandes amigos de la Fundación Síndrome de West no dudaron en apoyar con su presencia esta fiesta solidaria. Por su parte, Fernando González fue el vencedor

en segunda categoría, con 74 puntos, seguido de Leonard Roig, con 60. Mientras que en parejas, la victoria fue para el tándem formado por Fernando González y Fernando Sánchez, con un total de 99 golpes.

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.**