

Medical Economics

EDICIÓN ESPAÑOLA

CENTROS CLÍNICOS
de
EXCELENCIA



Oftalmología

PÁG. 26

23 DE MARZO DE 2012

Nº 168

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es

III Certamen de Artículos

La medicina que 'cuenta'

PREMIO PLUS MÉDICO JOVEN

J. Camilo Vázquez por
El evolutivo

PÁG. 22

GRAN PREMIO

Pilar Arroyo por
¡¡Qué vergüenza!!

PÁG. 19

Advanced technology for **breakthrough systems**



La vía más rápida para conseguir un entorno de trabajo conectado.

InterSystems **Ensemble**[®] es un software de integración avanzado que permite a los profesionales de las TI conectar las aplicaciones, los procesos y las personas en la mitad del tiempo que necesitan otros productos de integración.

Ensemble es utilizado por organizaciones que necesitan la mayor fiabilidad y el más alto rendimiento, entre las que se incluyen hospitales líderes a nivel mundial.

Ensemble aprovecha la potencia InterSystems Caché[®], la base de datos de objetos más rápida y escalable del mundo. Ese es el motivo por el que Ensemble supera en rendimiento a otras plataformas de integración.

Durante más de 30 años, hemos proporcionado tecnologías de software avanzadas para los sistemas más innovadores.

INTERSYSTEMS

Puede ver una demostración del producto en [InterSystems.es/Advanced3](https://www.intersystems.es/Advanced3)

III Certamen de Artículos

La medicina que 'cuenta'



18

EN PORTADA

18 La Medicina que 'cuenta'

M^a Pilar Arroyo Aniés, médico de familia en la Zona Básica de Huarte-Esteribar (Navarra), y José Camilo Vázquez Caubet, residente de psiquiatría en el Hospital 12 de Octubre de Madrid fueron los ganadores del III Certamen de Artículos *Medical Economics*, patrocinado por Iberocruceiros, fallado el pasado mes de diciembre. En este número, publicamos ambos artículos premiados: *¿Qué vergüenza!*, de Pilar Arroyo, Gran Premio; y *El evolutivo (Narrativa no-ficción en la planta de hospitalización psiquiátrica breve)*, de José Camilo Vázquez, Premio Plus Médico Joven.

CENTROS CLÍNICOS DE EXCELENCIA

26 Oftalmología

Medical Economics inicia su serie *Centros Clínicos de Excelencia* con un recorrido por los centros de referencia de esta especialidad en España, aquellos que disponen de la tecnología más avanzada, los profesionales más reconocidos y que son capaces de abordar los últimos retos planteados en el campo de la oftalmología.

REPORTAJES

34 Jornada Webdelasalud.es: Obesidad, un problema de salud para el SNS

36 Ha llegado la hora del paciente tecnológico

40 Carta abierta a mi hijo preuniversitario de Medicina

CENTROS CLÍNICOS de EXCELENCIA

Oftalmología

26

34



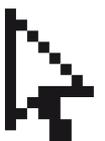
continúa en página 3 ➔

web de **la salud**.es

The screenshot shows the homepage of the website. At the top left is the logo 'web de la salud'. Below it are navigation tabs: 'Inicio', 'Noticias y Opiniones', 'Educación', 'Más servicios', 'Asociaciones de Pacientes', 'Eventos', and 'Ayudas'. A search bar is on the top right. The main content area features a large article titled '¿Del "baby boom" al "alzheimer boom"?' with a sub-headline 'El riesgo de sufrirlo es modificable variando el estilo de vida y estimulando el cerebro'. To the right of this article is a sidebar with a search bar, a 'BOIRON' advertisement, a 'Calendario de Vacunaciones', a '¿Qué significa...?' section, and a calendar for 'Agenda' (March 2012). Below the main article is a 'Última hora' section with several news items. At the bottom of the page are logos for 'El Financiero', 'Asociación por', and 'Asociación de'. A large, stylized flower graphic is partially visible on the right side of the page.

Pensando
en su
paciente

www.webdelasalud.es



EDITORIAL

EDITOR Manuel García Abad

DIRECTORES ASOCIADOS José María Martínez García, Gonzalo San Segundo Prieto

COORDINADOR EDITORIAL Enrique González Morales

REDACCIÓN Almudena Caballero Díaz
medeconomics@spaeditores.com

Natalia Aguirre Vergara, José Ignacio Alemany, Luisa Bautista, Rosa M^a Fernández, Miguel Fernández de Sevilla, Marcial García Rojo, Óscar Gil García, Elisa Herrera Fernández, Ofelia de Lorenzo Aparici, Luis G. Paredas

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz, Carolina Vicent

PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

BARCELONA Salvador Tugues
stugues@drugfarma.com

ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo
91 500 20 88

SUSCRIPCIONES

Manuel Jurado
91 500 20 77, suscripciones@drugfarma.com
Tarifa ordinaria anual 113 €
Tarifa instituciones anual 140 €
Ejemplar suelto 6 €
Ejemplar atrasado 9 €

Precios válidos para España, IVA incluido

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

www.litofinter.es

SPA

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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

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

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

ISSN: 1696-6163

D.L.: M-35829-2003

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

CONTROLADO POR



10

SECCIONES

- 5 **Carta del Editor**
Centros de excelencia, el camino a La Meca
- 6 **Mi Punto de Vista**
Fraude científico: las dos caras del espejo
- 9 **Lanceta**
El que manda, manda
- 10 **Al Día**
Las 'apps' médicas se multiplican por siete en 2011
- 14 **Gestión de Calidad: Medio Ambiente**
Cambio climático: una realidad preocupante (y II)
- 16 **Impuestos**
Novedades en el IVA e IBI
- 17 **Sanidad Autonómica**
- 42 **Normativa**
Contrato de aprendizaje y formación



17

- 44 **Gestión en Enfermería**
Cronicidad, el día más importante es hoy
- 46 **Informática**
La revolución del 'mhealth'
- 48 **Golf**



ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Está al corriente de cómo afectará su jubilación a su nivel de ingresos?



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

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

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

MEDICAL ECONOMICS Edición Española es una publicación de Spanish Publishers Associates (SPA) Antonio López, 249 (1.º) 28041 Madrid, editada en colaboración con Advanstar Medical Economics.

© Copyright 2012 Advanstar Communications Inc. All rights reserved. Medical Economics is a trademark belonging to Advanstar Communications Inc., located in Duluth, Minnesota, USA. Published under license.

© Copyright 2012 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

EDITORIAL

Juan Abarca Campal
CONSEJERO DELEGADO.
GRUPO HM HOSPITALES

Marta Aguilera Guzmán
PRESIDENTA. SEDAP

Margarita Alfonsel Jaén
SECRETARIA GENERAL. FENIN

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

Humberto Arnés Corellano
DIRECTOR GENERAL.
FARMAINDUSTRIA

Mariano Avilés Muñoz
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑO-
LA DE DERECHO FARMACÉUTICO

Victoria Ayala Vargas
DIRECTORA CIENTÍFICA OXIMESA.
GRUPO PRAXAIR

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

Josep Basora Gallisà
PRESIDENTE. SEMFYC

Carlos Belmonte Martínez
DIRECTOR. INSTITUTO
DE NEUROCIENCIAS DE ALICANTE

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

Fidel Campoy Domenech
DIRECTOR GENERAL DE SALUD.
DKV SEGUROS

Miguel Carrero López
PRESIDENTE. PSN

Guillermo Castillo Acero
DIRECTOR. FUNDACIÓN GRÜNENTHAL

Enrique Catalán López
ASESOR. GRUPO EMPRESARIAL
DE LA ONCE

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

Felipe Chavida García
PRESIDENTE. IDEPRO

José Cortina Orriós
DIRECTOR DE PARTICIPACIONES
INMOBILIARIAS. BANKIA

**Enrique de Porres
Ortiz de Urbina**
CONSEJERO DELEGADO. ASISA

Jaime del Barrio Seoane
DIRECTOR GENERAL. INSTITUTO ROCHE

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

José Antonio Dotú Roteta
PRESIDENTE. FUNDACIÓN
MEDICINA Y HUMANIDADES MÉDICAS

Joaquín Estévez Lucas
PRESIDENTE. SEDISA

Julio Fernández Llamazares
DIRECTOR CORPORATIVO
DE COMUNICACIÓN. CAPIO SANIDAD

José Fernández-Vigo López
CATEDRÁTICO DE OFTALMOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Francisco Vicente Fornés Úbeda
EXPRESIDENTE. SEMST

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

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

Enrique Gargallo Santa Eulalia
DIRECTOR MÉDICO.
CLÍNICA MEDINORTE DE VALENCIA

José Antonio Gutiérrez Fuentes
DIRECTOR. FUNDACIÓN LILLY

Abraham Herrera Lima
CONSULTOR

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

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

Héctor Jausás Farré
SOCIO DIRECTOR. JAUSÁS
ABOGADOS

Albert Jovell Fernández
PRESIDENTE. FORO ESPAÑOL
DE PACIENTES

Carlos Lens Cabrera
CONSEJERO TÉCNICO. DIRECCIÓN
GENERAL DE FARMACIA

Diego López Llorente
PRESIDENTE. CLUB MÉDICO

Ricardo de Lorenzo y Montero
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑO-
LA DE DERECHO SANITARIO

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

Manuel Martín Cortés
CONSULTOR INDEPENDIENTE

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

Rafael Matesanz Acedos
COORDINADOR NACIONAL
DE TRASPLANTES

Teresa Millán Rusillo
DIRECTORA DE RELACIONES
INSTITUCIONALES. LILLY

Basilio Moreno Esteban
PRESIDENTE. FUNDACIÓN SEEDO

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

Diego Murillo Carrasco
PRESIDENTE. A.M.A.

Regina Muzquiz Vicente-Arche
DIRECTORA DE RELACIONES
INSTITUCIONALES. PHARMAMA

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

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

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

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

Enrique Palau Beato
DIRECTOR. DESARROLLO ESTRATÉGI-
CO EN SANIDAD. ATOS ORIGIN

Antonio Pellicer Martínez
PRESIDENTE. INSTITUTO VALENCIANO
DE INFERTILIDAD

Federico Plaza Piñol
DIRECTOR GENERAL. FUNDACIÓN
ASTRAZENECA

Eduard Portella
PRESIDENTE. ANTARES
CONSULTING, S.A.

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

José Manuel Ribera Casado
CATEDRÁTICO EMÉRITO
DE GERIATRÍA. UCM

Ignacio Riesgo González
DIRECTOR DE SANIDAD.
PRICEWATERHOUSECOOPERS

Helena Ris
DIRECTORA GENERAL.
UNIO CATALANA D'HOSPITALS

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

Julián Ruiz Ferrán
SOCIO DIRECTOR. MEDICAL FINDERS

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

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

José María Segovia de Arana
CATEDRÁTICO EMÉRITO DE PA-
TOLOGÍA MÉDICA. FACULTAD DE
MEDICINA. UAM.

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

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

Luis Truchado Velasco
DIRECTOR. EUROGALENUS-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

DERECHO/MALPRAXIS



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



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



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

IMPUESTOS/FINANZAS



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



José Ignacio Alemany
SOCIO DIRECTOR.
BUFETE ALEMANY ESCALONA
& ESCALANTE

CAPITAL RIESGO



Luis G. Pareras
MÉDICO GERENTE. INCUBACIÓN PROYEC-
TOS EMPRESARIALES -MEDITECNOLOGÍA.
BARCELONA

NUEVAS TECNOLOGÍAS



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



Óscar Gil García
GERENTE DE SANIDAD.
PRICEWATERHOUSECOOPERS

Centros de excelencia, el camino a La Meca

Por **MANUEL GARCÍA ABAD**

Cuando un médico se encuentra ante un problema personal o familiar de salud que requiere un tratamiento de intervención en un centro especializado, decide acudir al mejor, al que puede ofrecer mejores resultados y ahí es donde surge la pregunta “¿a dónde tengo que ir?”

La misma pregunta y, en buena lógica, con mucha mayor frecuencia se la están haciendo ya los pacientes en nuestros días en los que se anuncia como un derecho la posibilidad de elección de centros en nuestro sistema público de salud.

Más complicado resulta elegir en el sector privado donde la economía del paciente puede limitar la posibilidad de la mejor opción sobre todo cuando la cobertura de la póliza así lo determina.

Una tentación para el paciente que no podemos obviar en este último sector es, asimismo, la posibilidad de decidir dónde ir a partir de la información disponible y, a menudo, interesada en Internet.

Lo que también es una realidad es que, aún considerando que los grandes avances que ha experimentado la práctica de la medicina en España han traído como consecuencia una estandarización al alza de la asistencia, casi todas las enfermedades conocidas tienen su Meca. El camino no tiene por qué ser muy largo pero no siempre está claramente señalado.

Con la idea de favorecer su identificación, *Medical Economics* inicia con este número la serie de Centros Clínicos

de Excelencia. Una sección que profundizará en el perfil, por especialidades, de los centros de mayor prestigio para conocimiento y recomendación por parte de los profesionales.

En la sección que comienza en la página 26 nos aproximamos a los centros oftalmológicos de excelencia junto con una información previa relativa a los últimos avances de la especialidad.

Desde luego, hemos de partir de la base de que la decisión de referir a un paciente no debe ser tomada a la ligera. Enviar al paciente a una simple consulta es una cosa; establecer una relación de cuidados continuados, es otra.

La clave puede estar en tres cuestiones:

- ¿Es la condición del paciente tan rara como para que no haya otros centros con suficiente experiencia?

- ¿Necesita el paciente un procedimiento que solo es seguido en algunos centros o con una tecnología particular?

- ¿Han sido agotados por el paciente los tratamientos estándar?

Con esta serie de Centros Clínicos de Excelencia, *Medical Economics* pretende añadir transparencia al conocimiento de los resultados médicos, una información hoy por hoy no disponible y que seguramente será de obligado cumplimiento en el futuro cuando todos los centros sean evaluados y sus profesionales remunerados en función de su productividad. Una utopía, hoy; una esperanza, mañana.



**UNA TENTACIÓN PARA EL
PACIENTE ES LA POSIBILIDAD
DE DECIDIR DÓNDE IR A
PARTIR DE LA INFORMACIÓN
DISPONIBLE Y, A MENUDO
INTERESADA, EN INTERNET**

Manuel García Abad. Editor de *Medical Economics*. Para contactar: mga@drugfarma.com

Fraude científico: las dos caras del espejo

Por JOSÉ LUIS ALLOZA

En el fraude científico apreciamos dos versiones contrapuestas, como las del espejo. Una, la de la persona que hace el fraude y se aprovecha de él; otra, la de la persona (o grupo), que evaluando la investigación y la calidad científica de las producciones de un autor, niega, cuando no es cierto, la calidad científica de sus trabajos y le despoja de sus méritos y del reconocimiento de sus aportaciones a la sociedad. Además, se pueden apreciar muchas variantes, como la del autor del trabajo que se apropia de la investigación y esfuerzo de otros para sus publicaciones y que por lo general se asocia a la persecución del cerebro original. Colocado en una situación de poder político, se encarga de liquidar a cabezas brillantes que pueden hacerle sombra. También se da el caso del autor médico, que aparece como primer firmante de un artículo clínico y que nunca ha explorado un paciente. Esto es, pertenece a esos *lobbies* particulares, los que se apropian de las ideas o de los trabajos de otros y las explotan en exclusiva. Son tan amoraes como los que falsifican la ciencia, y además generan desconfianza en su entorno y a veces hasta miedo por su poder oculto.

En un contexto más amplio podríamos hablar de la intrepidez de investigaciones que repiten lo que otros ya han demostrado (famosas “Escuelas” universitarias). Hay fraudes que afectan a la misma calidad del artículo que aparece en una revista científica de gran tirada: es el denominado *ghostwriting* que traduciríamos por el que redacta el artículo, que se distingue por incluirse como “coautor fantasma” o bien “autor invitado” que sin haber participado en la investigación se ocupa de respaldarla, bien por su posición científica o la proximidad a la empresa farmacéutica interesada en su producto.

CNEAI: LA CENSURA “A SU MANERA”

La Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI) es una comisión de expertos que se rige a su manera porque ignora la investigación pretérita en sentido estricto, en sus circunstancias del pasado. Donde las disciplinas *borderline* y sus investigadores tienen mucho que perder. Además, la interpretación de los objetivos de su origen, redactada en el



**LA CNEAI ES UN TRIBUNAL
INQUISITORIAL QUE BLOQUEA
LA TRAYECTORIA DE UN
PROFESOR UNIVERSITARIO
PARA ASCENDER**

BOE, de premiar el esfuerzo investigador, deja mucho, mucho que desear. La valoración científica de un trabajo en un entorno específico de la investigación se ha transformado, exclusivamente, en un número mágico: el índice de impacto anglosajón.

Resulta incomprensible por qué unos eruditos hacen desprecios de la obra de otros. Tenemos ejemplos que les comprometen, como el caso de un libro concebido y realizado a nivel internacional que se consagra como el referente de una nueva especialidad de vanguardia; con todos sus ingredientes de metodología científica, con sus capítulos basados en investigación y que, consecuentemente, la sostienen como disciplina emergente. Los evaluadores le dan la calificación “0” (cero). En su criterio calificador dicen que es un libro y por tanto carece de valor científico, pues no se trata

de un artículo publicado en un *journal* (ya que no tiene el *citation index*).

Tener artículos publicados a partir de 1992 cambia mucho. Nuestras revistas españolas de primera línea no estaban en el *citation index*, de donde extraer los índices de impacto. Esto lo saben muy bien los miembros

de la CNEAI, y lo que haya podido suceder entre, por ejemplo, 1975 y 1990 no les ha importado. Siguen en el mismo error de evaluar a los investigadores clínicos con un absoluto desinterés. Para ellos, no sirve para nada la valía de una trayectoria a lo largo de todos los años de dedicación a una línea de trabajo específica (no como otros, que han de picar de todos los lados de forma variopinta, sin una trayectoria). ¿Cómo se explica que un evaluador de la CNEAI dé a un artículo la máxima puntuación y otro le dé al mismo trabajo un suspenso inferior a tres? ¿Cómo es posible que, ante la injusta calificación, se le rechace de forma categórica un recurso a quien obtenga un 4,6?

El señor coordinador general de la CNEAI no recibía a profesores, de igual a igual, ni de ninguna manera; son de otra especie. La anterior ministra de Ciencia e Innovación, señora Garmendia, pasó olímpicamente de estos temas. La responsabilidad ética del CNEAI (dependiente de la Secretaría de Estado de Educación) es manifiesta: los atentados contra los profesores universitarios son un bloqueo imperdonable a su desarrollo profesional. Se quedan fuera de *su justicia*, y les *pilla*

MI PUNTO DE VISTA

el rodillo. Confiamos en que la nueva secretaria general de Universidades restablezca la justicia que en este artículo, una vez más, se demanda. Las faltas de esta magnitud, no pueden prescribir.

La CNEAI, nacida para premiar las aportaciones a la ciencia y al desarrollo de la investigación, es un tribunal inquisitorial que bloquea la trayectoria de un profesor universitario para ascender en la Universidad. De hecho la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, exige que se tengan al menos dos sexenios (los que deniega CNEAI) para el ascenso a catedrático. ¿Por qué dos y no uno? La burocracia puede conducir a situaciones de atropello e injusticia. De ninguna manera justificable.

¿Cuántos profesores de universidad se han sacrificado para formarse en el extranjero en lugar de estar calentando asientos? En cambio muchos otros, sin moverse, sin nada que arriesgar son ahora catedráticos. Algunos hasta han preconizado a los que se van que se queden en el extranjero y que no vuelvan a España, por las consecuencias.

LEY DEL PÉNDULO Y CIENCIA

La ley del péndulo sigue vigente en España. Los médicos que trabajaban en hospitales españoles de la Seguridad Social en la segunda parte de la década de los 70 y comienzos de la del 80 saben muy bien que la investigación estaba limitada o prohibida.

Los que somos médicos tenemos a los pacientes como sujetos de nuestra investigación. Ahora bien, cuando no se tiene plaza en hospital de la sanidad pública, no se pueden solicitar becas FIS, ni tampoco intervenir en decisiones de investigación con pacientes ingresados o de consultas externas porque no se es personal estatutario. Vamos, la pescadilla que se muerde la cola. Toda una discriminación negativa para el profesor de la facultad de Medicina que no tiene plaza en un Hospital Universitario.

Lo peor, que haya médicos gerentes de hospital, como en la Comunidad de Madrid, que habiendo sido nombrados por el dedo político, pueden llegar a decidir entre bastidores quién es el que tiene que estar en su hospital. Y, está claro, con la connivencia y la aceptación de sus superiores. Es inconcebible que sea así, y por tanto se les debe de solicitar que públicamente expongan sus méritos, como lo hacen los que concurren a las convocatorias, y así contrastar los suyos (nivel de decisión) con los examinados. Este tema anacrónico volverá muchas veces a discusión porque hay una controversia entre la moral profesional y la deontología médica. Es más, ¿cómo se pueden consentir estas cosas?

José Luis Alloza. Farmacólogo Clínico. Dep. Farmacología – Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid.

Cosmetic SURGERY TIMES



**SUSCRÍBASE
POR SÓLO 10 €
DE GASTOS
DE ENVÍO**

Suscríbese a la revista más actualizada sobre cirugía y medicina cosmética

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Manuel Jurado • Dpto. Suscripciones

Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1º • 28041 MADRID

Tel.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75

suscripciones@drugfarma.com

Medical Economics[®]

SMARTER BUSINESS. BETTER PATIENT CARE.

We are honored to have been chosen as

Medical Marketing & Media's 2012 Media Brand of the Year



We're proud to be your source for expert advice and shared experiences that help you meet today's challenges in practice management, patient relations, malpractice, healthcare information technology, career development, and personal finance.



Since 1923, we've been the go-to source for doctors like you. Our goal is to help you be smarter in business so you can deliver better care to your patients.

El que manda, manda

Por **GONZALO SAN SEGUNDO**

Desde los oteros del poder, la España políticamente diversa languidece. Un fenómeno que, curiosamente, podría robustecer el cuerpo sanitario de este país, tan necesitado de uniformidad a lo largo y ancho de su anatomía, a tenor de lo acaecido en el último Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CIS).

La diversidad es consustancial a la democracia. También la discrepancia. Desde años ha, el CIS era un coro diverso, disperso y, ante todo, antagónico y disonante. En ese sentido, pura democracia. El PSOE tenía siete representantes y otros tantos el PP. Ahora, los socialistas se han quedado con dos y los populares suman 14, justo el doble. Muy probablemente, dentro de poco añadan uno o dos más a costa de los de Rubalcaba.

Con el mismo argumento, ahora el CIS resulta mucho menos democrático, pues raya en la uniformidad (no confundir con unanimidad), lo contrario a democracia. Es la hora, por tanto, de la sanidad uniformada, o casi. Mas, según los primeros indicios, tiempo de una sanidad más eficaz y de un CIS más resolutivo, que es lo que a ese cónclave se le venía reclamando desde todos los ámbitos sanitarios.

Lo que pasaba entonces en el CIS es de todos conocido. Las peleas (a veces solo diferentes puntos de vista) impedían los acuerdos, el consenso, excepto en ocasiones y temas puntales. Las trifulcas encerraban posturas políticas enconadas, intransigentes, algo así como yo me opongo porque tú lo has propuesto. Se rechazaba más al contrario que a la idea o la proposición. Y así le ha ido al sistema sanitario español (y en otros órdenes, también al país).

El pasado 29 de febrero la situación dio un giro de 180 grados. Por lo trascendido, en el CIS (primero de la era

Rajoy) hubo trabajo, consenso y acuerdos que constituyen los primeros pasos de una ruta que se encamina (¿inexorablemente?) hacia el tan deseado y necesario Pacto por la Sanidad, al que ya algunos llaman *El Parto de las Ministras pasando por Soria*.

Pasos –recordémoslo– que sientan las bases para el establecimiento de una tarjeta sanitaria válida para todo el SNS y desde la que se acceda a la historia clínica electrónica del paciente, un calendario único de vacunación, el diseño de una cartera de servicios básica y común para todas las comunidades autónomas, la unificación en red de la media docena de agencias de evaluación de tecnología sanitaria y productos y el reconocimiento de acreditaciones en el ámbito nacional.

Presidía dicha reunión del CIS, como es potestativo y está reglamentado, la ministra del ramo, Ana Mato quien, en su primer encierro con los

17 morlacos de la Sanidad española manejó, a decir de las crónicas, los trastos con soltura, dando muestras de conocer el terreno que pisaba y sin invadir el dominio de los consejeros. ¿Liderazgo? Es su primera experiencia, de la que sacó buena nota.

A los méritos y cualidades personales de la ministra

Mato, hay que añadir un ambiente despejado de crispaciones. Hasta la consejera andaluza, María Jesús Montero, peleona donde las haya, presentó una lidia de noble comportamiento. Lo mismo que el vasco Rafael Bengoa, los dos únicos socialistas en aquella reunión. Una faena con mucho mando, nulas discrepancias básicas entre la concurrencia, práctica uniformidad de criterios e ideología y general contento. Así da gusto. Por fin, un CIS resolutivo.

Y es que el que manda, manda.



ES LA HORA DE LA SANIDAD UNIFORMADA, O CASI, Y, SEGÚN LOS PRIMEROS INDICIOS, TIEMPO DE UNA SANIDAD MÁS EFICAZ

Director asociado de *Medical Economics*.

Para contactar: gonzalosan@sansegundo.e.telefonica.net



TECNOLOGÍA

Las 'apps' médicas se multiplican por siete en 2011

El mercado mundial de aplicaciones médicas para *smartphones* y tabletas se ha multiplicado durante el año 2011 por siete, hasta alcanzar más de 540 millones de euros, de acuerdo a un informe de mercado de la firma americana *research2guidance*. En España, el número de aplicaciones médicas móviles disponibles en el App Store alcanza ya las 10.000, y la

cifra crece día a día. Sin embargo, el mayor número de descargas se aglutina en un 10 por ciento de las apps y el mercado está muy fragmentado.

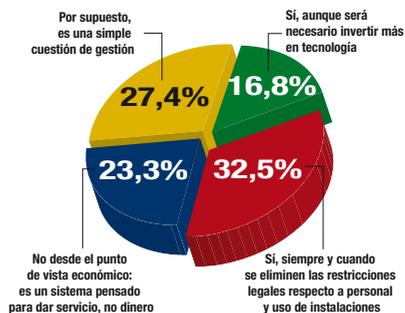
Más de 350.000 médicos en Estados Unidos utilizan en la actualidad las *apps* profesionales *Epocrates* y *Medscape Mobile*. Al auge de las mismas se suma el de *Doximity*, una comunidad exclusiva para

médicos y profesionales sanitarios que, en sus primeros siete meses de vida, ha logrado más de 30.000 usuarios médicos. En Reino Unido, un contexto más similar a España, el 90 por ciento de los médicos usa *doctors.net.uk*, una comunidad para médicos cuya oferta se basa en grupos de discusión y formación médica continuada, tanto en web como en móvil.

ENCUESTA

¿SE PUEDE INCREMENTAR LA RENTABILIZACIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS ESPAÑOLES?

La mayor parte de los encuestados por *Medical Economics* consideran que es posible hacer que los hospitales españoles sean más rentables, aunque difieren en la forma de lograrlo. Para un 32,5 por ciento, es necesario eliminar barreras legales que impiden hacer un uso libre de empleados e instalaciones, mientras que un 27,4 defienden que todo pasa por la gestión y un 16,8 creen que es necesario invertir más en tecnología. El 23,3 por ciento de los participantes en la encuesta creen que la finalidad de los hospitales públicos no es resultar rentables desde el punto de vista económico, si no asistencial.



IGUALDAD

CRECE EL NÚMERO DE MUJERES AL FRENTE DE COLEGIOS DE MÉDICOS



En línea con la tendencia social general, el ejercicio de la medicina se ha feminizado en un alto grado durante la última década, periodo en el que se ha registrado un incremento del número de facultativas colegiadas del 78,7 por ciento, según el último estudio de demografía médica de la OMC. Ese incremento se refleja también, aunque en menor medida, en los órganos de representación de esta profesión y en concreto en los Colegios de Médicos, donde sus Juntas Directivas cuentan cada vez con más mujeres. Es el caso de siete presidentas que se encuentran al frente de los Colegios de Médicos de Asturias, Ceuta, Lleida, Murcia, Navarra, La Rioja y Valencia, y que tuvieron como precedente a Juliana Fariña, primera mujer en presidir una entidad colegial, en concreto la de Madrid.

SALUD Y PROFESIÓN

EL 60% DE LAS MÉDICAS TIENE HÁBITOS CARDIOVASCULARES NO SALUDABLES

Según los resultados de un subanálisis del Estudio CHABS, presentado por Novartis, las médicas con menos de 16 años de experiencia profesional tienen mayores dificultades para desarrollar hábitos saludables, por ejemplo, el 51,5 por ciento considera difícil o muy difícil la práctica de ejercicio. Además, el 38,3 por ciento de estas profesionales reconoce que sus prácticas preventivas en materia de salud cardiovascular son regulares o malas. Entre los malos hábitos más frecuentes destacan la falta de descanso y el sedentarismo.

Sin embargo, la mayoría de las médicas considera que ser coherente con lo recomendado a sus pacientes aumenta su credibilidad.

ENTRE NOSOTROS

LUIS TRUCHADO NOMBRADO MIEMBRO DEL CONSEJO DE LA AESC

La *Association of Executive Search Consultants, AESC*, acaba de hacer públicos los nombramientos de cinco nuevos miembros de su Consejo Global de Directores. Por primera vez, dos españoles ocupan puestos en el Consejo, siendo uno de ellos Luis Truchado, socio de Voyer Iberoamérica y EuroGalenus en España, y miembro del Consejo Editorial de *Medical Economics*.

FINANZAS

LAS EMPRESAS DEL ÍBEX GANAN UN 34% MENOS

Los beneficios de las empresas que cotizan en el selectivo Íbex 35 (excepto Inditex, que presenta los resultados anuales en primavera) se desplomaron un 34 por ciento en 2011 respecto al año anterior, totalizando un beneficio neto atribuido de 32.487 millones de euros, según los datos que las mismas compañías han proporcionado a la Comisión Nacional del Mercado de Valores. Las causas de este bajón de las ganancias radican, entre otras, en la reducción drástica de ingresos atípicos de Telefónica, Endesa, Repsol y Grifols, y en los efectos negativos de la crisis económica. Las empresas que mejor han capeado el temporal son, por orden de incremento de beneficios, Amadeus, IAG, Mediaset, Técnicas Reunidas y Abengoa. Similar decrecimiento en ganancias, un 31,7 por ciento menos, tuvo el conjunto de firmas cotizadas (cerca de 130), pero descontado el resultado de las del Íbex, el saldo global de beneficios fue positivo: un 32,4 por ciento más que en 2010.

OJO AL DATO / RENTABILIDAD SANITARIA

30% de las terapias aplicadas en la actualidad son inútiles, según cálculos de la Organización Mundial de la Salud

España se gasta en tecnologías sanitarias inoperantes al año **950** millones de euros

1.300 millones de euros se podrían ahorrar evitando el uso de medicamentos innecesarios

Y otros **650** millones solo con reducir las visitas a urgencias un 10%

Fuente: OMC, Fundación Kovacs y OMS.

Sanofi y la Generalitat catalana firman un acuerdo para promover la educación y la investigación



Firma del acuerdo por parte del consejero catalán, Boi Ruiz, y del presidente y director general de Sanofi en Iberia, Marc-Antoine Lucchini.

El acuerdo entre las dos instituciones se centrará en actividades en el ámbito de la investigación, la formación científica y la educación en el terreno de la sanidad, con el objetivo de mejorar el uso racional de los medicamentos así como la atención integral a los pacientes.

Su duración inicial prevista es de cuatro años, a pesar de que se podrá prorrogar con un previo acuerdo de las dos partes. Con esta iniciativa, tanto el Departamento de Salud de la Genera-

litat de Cataluña como Sanofi, quieren reiterar su predisposición y voluntad para desarrollar acciones específicas que permitan mejorar el servicio de salud a los pacientes y también la eficacia del sistema sanitario en el territorio.

El convenio da continuidad a otras iniciativas ya desarrolladas por las dos partes, en especial en áreas como la diabetes, la oncología y enfermedades cardiovasculares, donde ya existe una fructífera colaboración.

El Consejo Andaluz de Farmacéuticos augura nuevas caídas de facturación en 2012

Un informe promovido por el Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos (CACOF) augura que 2012 será un año muy duro para la farmacia española y subraya que los próximos meses serán claves para su futuro, por lo que anima a los profesionales, y a sus colegios, a movilizarse y actuar de forma proactiva para defender la profesión y la calidad del servicio farmacéutico a los ciudadanos, evitando que los criterios fiscales prevalezcan sobre los de salud



pública. El informe destaca la necesidad de ahondar en la definición de un nuevo modelo de prestación basado en la profesionalidad y la sostenibilidad y ofrece datos sobre el gasto sanitario de España que demuestran que, antes de iniciarse los recortes, no solo era proporcionado al de los países desarrollados de su entorno, sino que sus niveles de 9,5 por ciento del PIB (en 2009) se situaban en los segmentos inferiores de su banda.

■ CONVENIO DE PSN Y EL COLEGIO DE MÉDICOS DE TARRAGONA.

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) ha firmado un convenio de colaboración con el Colegio de Médicos de Tarragona, en virtud del cual los cerca de 3.000 colegiados podrán acceder en condiciones preferentes a los productos y servicios de la aseguradora: seguros de protección personal y familiar, gestión del patrimonio, consultoría en protección de datos, escuelas infantiles y residencias para mayores, entre otros. Unido a los acuerdos ya existentes con los Colegios de Enfermería y de Veterinarios, el nuevo convenio abre las puertas de la Mutua a la mayoría de los profesionales sanitarios de Tarragona.

■ MERCK CRECE UN 11% EN 2011 Y SUPERA LOS 10.000 MILLONES.

La alemana Merck cerró el pasado año con un incremento de sus ingresos totales de un 11 por ciento, superando así la cifra de diez millones de euros. Las cuatro divisiones de la empresa colaboraron por igual a este incremento, aunque en el primer semestre el principal motivo de crecimiento fue la compra de Milipore Corporation. A pesar de los buenos resultados, la farmacéutica ha puesto en marcha un programa de eficiencia que afectará a todas sus áreas de negocio de todo el mundo. Pretenden prepararse de esta manera para un futuro en el cual, según Karl-Ludwig Kley, presidente de la compañía, "la competitividad y la presión del mercado seguirán creciendo".

■ SANITAS AMPLÍA SU PLANTILLA EN CATALUÑA UN 76%.

Sanitas ha incrementado su plantilla en Cataluña en un 76,4 por ciento durante 2011, hasta llegar a 485 empleados. Este incremento proviene, por un lado, de los 35 puestos netos de nueva creación, y por otro, de los 175 empleados más de la adquisición del hospital barcelonés CIMA. De acuerdo con su estrategia de expansión en Cataluña, Sanitas ha abierto seis nuevas oficinas de atención al cliente en la comunidad: tres en Barcelona capital, y los restantes en los municipios barceloneses de Vilafranca del Penedès y Arenys de Mar, y en la localidad tarraconense de Tortosa.

Medical Economics, medio colaborador del evento, ofrece a sus lectores un descuento de registro

Tecnología y nuevos modelos de gestión protagonizan el Congreso Anual Europeo de Salud

Amsterdam será la ciudad que este año acoga, los días 23 y 24 de mayo, la octava edición del *Annual World Health Care Congress Europe*, una cita que busca compartir las soluciones más innovadoras de los diferentes sistemas de salud para avanzar hacia una estrategia sanitaria europea global (puede consultar el programa completo en www.worldcongress.com/europe).

Como en la anterior edición *Medical Economics* colabora con la organización como *media partner*, algo que permite ofrecer a nuestros lectores un 25 por ciento de descuento para acudir al Congreso. Para hacer efectivo el descuento, lo único que los interesados tienen que ha-



cer es incluir en el momento del registro un código promocional que se le facilitará previa petición (más información en www.MedicalEconomics.es).

Entre los temas candentes de este año destacan los relacionados con la implantación de nuevas tecnologías y su papel en la agilización de la gestión, la mejora de la calidad asistencial y el aporte en eficiencia y sostenibilidad que estas pueden suponer. Asimismo, tendrán un lugar destacado los temas sobre integración de sanidad y atención social. Además, la India participará como país invitado para explicar el funcionamiento de sus hospitales que están consiguiendo

ofrecer una atención de calidad a un gran número de pacientes a bajo coste.

El 2012 WHCC Europe contará con más de 60 presentaciones de sistemas gubernamentales, hospitales y sistemas de tratamiento de salud, aseguradores y organizaciones de pago y academias. De ellos, tres son españoles: Alberto de Rosa, director general del grupo Ribera Salud; Jorge Juan Fernández, director de eHealth y Salud 2.0 del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona; y Manuel Serrano Gil, presidente de la Fundación Formación y Salud y coordinador de la *Global Alliance for Self Management Support*.

Infórmese sobre su descuento en www.MedicalEconomics.es

La nueva junta de Semergen apuesta por la formación y la investigación

José Luis Llisterri: "Somos sociedad científica por encima de todo"

La nueva Junta Directiva Nacional de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), encabezada por su presidente, José Luis Llisterri, pretende llevar a cabo una profunda transformación de la sociedad con la que, manteniendo aquellos logros alcanzados por el trabajo de anteriores equipos, se imprima una señal de identidad basada en la investigación, la producción científica y la participación. Así lo aseguraron parte de los miembros de la Junta en su primera convocatoria pública tras ganar las elecciones. José



José Luis Llisterri, presidente de Semergen (segundo por la derecha) junto a los vicepresidentes Isidoro Rivera, José Polo y Rafael Micó fueron los encargados de presentar a la prensa las nuevas directrices de Semergen.

Luis Llisterri señaló, además, que esta participación se hará extensible tanto a los socios, como a las comunidades autónomas, instituciones, residentes y

demás colectivos relacionados con la Atención Primaria, incluyendo al propio paciente, que tendrá un papel más participativo, aseguró.

El programa de gobierno está basado en cuatro pilares sobre los que se fundamenta un extenso paquete de medidas: la sociedad, el socio, las comunidades autónomas y el paciente. Para la nueva junta, es necesario consolidar la actual situación política y económica de la sociedad e impulsar el modelo científico, algo para lo que, los socios en general, y los grupos de trabajo en particular, resultarán claves.



Por **ELISA HERRERA FERNÁNDEZ**

Cambio climático: una realidad preocupante (y II)

Los tratados internacionales son el marco jurídico esencial del cambio climático para poder entender la actividad que se desarrolla en las sociedad mundial y las posturas de los distintos países, entre ellos España. Resulta importante destacar que los tratados internacionales, o las normas europeas sobre cambio climático se basan en algo tan evidente, pero a la vez complejo de exigir a los países, como es el deber de tomar medidas.

Nos referimos a que el principio de precaución impone la obligación de actuar a partir de indicios suficientes. Estos indicios ya existen. Pero el deber de actuar, del que la propia Convención constituye un primer eslabón, al que se añade posteriormente el Protocolo de Kioto, no tiene el mismo alcance y contenido para todos los estados. De ahí que los países no actúen todos de la misma manera. ¿Y el motivo? Conforme al principio de corresponsabilidades comunes, pero diferenciadas, la Convención y sus estados parte reconocen que, aún siendo el cambio climático un problema de toda la humanidad que todos los estados deben combatir, no todos ellos han contribuido de la misma manera a generarlo.

El tema de la responsabilidad es importantísimo. Se fundamenta en que los países desarrollados han prosperado, en parte, deteriorando el medio ambiente y son ellos, en consecuencia, quienes deben asumir mayores compromisos para

compensar y a ser posible regenerar el impacto ambiental negativo que han producido. Pero surgen las voces de los países en vías de desarrollo, que ven con preocupación cómo la adopción de esas medidas para mitigar el cambio climático pueden afectar a su crecimiento económico. Sin dudar del derecho de estos países a llevar a cabo su propio desarrollo, no cabe duda de que este debe ser sostenible (y lo recogen así los textos).

El Protocolo de Kioto, de 11 de diciembre de 1997, en vigor solo desde el año 2005, es la piedra angular de las medidas sobre el cambio climático. ¿Por qué se ha puesto en vigor tan tarde? La causa principal de este retraso es que su contenido es tan exigente que dificulta su puesta en marcha.

Fue curiosamente la adhesión de Rusia al tratado lo que hizo posible su entrada en vigor. Se cumplía así el requisito clave: que se vincularan a él al menos 55 países cuyas emisiones sumaran el 55 por ciento del total mundial. Estados Unidos, el mayor contaminador del planeta, responsable de una cuarta parte del total de las emisiones de dióxido de carbono (CO₂) no lo ha ratificado aún.

PROTOCOLO DE KIOTO

- Compromete a los países industrializados a rebajar al menos el 5,2 por ciento de sus vertidos atmosféricos contaminantes entre los años 2008 y 2012 en relación al año base (1990).

- Las naciones en vías de desarrollo, incluso algunas economías emergentes de la potencia de China, India o Brasil, no están obligadas a recortar sus emisiones al menos de inicio.
- El tratado fija para la Europa comunitaria una reducción conjunta del ocho por ciento respecto al nivel de 1990. Es la llamada “burbuja comunitaria”, que establece algunas excepciones. Portugal, Grecia, España, Irlanda y Suecia están autorizadas a incrementar sus emisiones debido sobre todo a un cierto retraso industrial respecto de la media comunitaria en el año base (1990).

Con un incremento del 45 por ciento en sus emisiones, el triple de lo que le permite el acuerdo (+15 por ciento), España es el país firmante con mayor grado de incumplimiento de las obligaciones adquiridas en Kioto.

España redujo sus emisiones de gases de efecto invernadero un 3,7 por ciento el año 2010 respecto a los niveles de 2009, aunque aún está siete puntos por encima de cumplir el objetivo del Protocolo de Kioto que para el periodo 2008-2012 le permitía un incremento del 15 por ciento respecto a los niveles de 1990.

PUNTOS CLAVE

España es el país firmante con mayor grado de incumplimiento de las obligaciones adquiridas en Kioto.

Estados Unidos, responsable de una cuarta parte del total de las emisiones de dióxido de carbono (CO₂), no ha ratificado aún el Protocolo de Kioto.

3er Congreso Nacional Asociación de Administrativos de la Salud CUENCA 2012

Del 22 al 25 de mayo
Teatro Auditorio de Cuenca

Secretaría Técnica:
Tel. 618 347 845 - Fax 969 214 473
congreso@administrativosdelasalud.com
www.administrativosdelasalud.com

Declarado de interés científico-sanitario
por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
de Castilla-La Mancha

Declarado de interés sanitario
por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

EL DESAFÍO DE LA PROFESIONALIZACIÓN DEL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD





Por **JOSÉ IGNACIO ALEMANY**

Respuestas a sus preguntas sobre...

Novedades en el IVA e IBI

Como ya expusimos en el número 166 de esta revista, el pasado 1 de enero entró en vigor el Real Decreto-Ley 20/2011, de 31 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público (el RDL) que también introdujo importantes modificaciones en el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), el Impuesto sobre la Renta de No Residentes (IRnR) y el Impuesto sobre Bienes Inmuebles (IBI).

Las contestaciones que se recogen a continuación responden a preguntas relacionadas con las modificaciones tributarias más relevantes operadas por el RDL.

Modificaciones en el IVA

Ahora que los precios han bajado, estaba pensando en comprar una vivienda. ¿Sigue vigente el tipo reducido del cuatro por ciento del IVA? ¿El inmueble que adquiera debe ser mi residencia habitual o puede tratarse de la segunda?

La vigencia del tipo reducido del IVA al cuatro por ciento para la adquisición de viviendas (vayan a constituir o no la residencia habitual) ha prorrogado sus efectos hasta el 31 de diciembre de 2012. Con esta prórroga, lo que se persigue es reducir los costes asociados a la compra de viviendas, estimulando así el mercado inmobiliario que se encuentra tan mermodado en la actualidad.

Tributación de los no residentes

¿Cómo afecta la subida de impuestos a la tributación de las rentas

obtenidas en España por los no residentes?

Para los periodos impositivos 2012 y 2013, se incrementa el tipo impositivo aplicable hasta el 31 de diciembre de 2011. Así, las rentas que tributaban al 19 por ciento, como los intereses, dividendos y ganancias patrimoniales, sufrirán un incremento del dos por ciento y pasarán a tributar al 21 por ciento. Las demás rentas, como por ejemplo, los rendimientos del trabajo o los rendimientos del capital inmobiliario derivados del arrendamiento de bienes inmuebles situados en España, pasarán a tributar al 24,75 por ciento, sufriendo así un incremento del 0,75 por ciento. Con este incremento de los tipos impositivos la presión fiscal también se trasladada a los no residentes para evitar que toda la carga de la subida de impuestos la sufran únicamente los residentes en España.

Modificaciones en el IBI

¿Cómo me va a afectar la subida del impuesto de bienes inmuebles anunciada?

En primer lugar, hay que señalar que el IBI es un impuesto municipal, por lo que el incremento o no de su recibo dependerá del municipio donde se encuentre ubicado su inmueble y de la última revisión catastral que el mismo haya sufrido. Así, los municipios cuya última revisión catastral se haya producido:

1. Con anterioridad a 2002. Incrementarán el gravamen mínimo en un 10 por ciento, y el tipo resultante de dicho

incremento no podrá ser inferior al 0,5 por ciento en 2012 y al 0,6 por ciento en 2013.

2. Los municipios cuya revisión catastral se haya producido entre 2002 y 2004. Incrementarán su tipo en un seis por ciento, y el tipo mínimo no podrá ser inferior al 0,5 por ciento.

3. Los municipios cuya última revisión se haya producido entre 2005 y 2007. No sufrirán incremento alguno en sus tipos.

4. Los municipios que hayan revisado sus valores catastrales entre 2008 y 2011. Incrementarán sus tipos en un cuatro por ciento.

5. Los municipios que revisen sus valores catastrales en 2012. No se verán afectados por estas medidas.

Por último, es preciso destacar que, en principio, este incremento es de carácter temporal afectando solamente a los periodos impositivos 2012 y 2013.

¿La subida del IBI afecta a todo tipo de inmuebles?

No. La subida del IBI solo afectará a la totalidad de los inmuebles de uso no residencial y a los de uso residencial cuyo valor catastral haya sido revisado con anterioridad a 2002. En cuanto a los de uso residencial cuyo valor catastral haya sido revisado en 2002 o posteriormente, solo sufrirán el incremento aquellos inmuebles cuyo valor catastral sea superior al valor medio de los inmuebles de uso residencial en cada municipio.

PUNTOS CLAVE

La vigencia del tipo reducido del IVA para la adquisición de viviendas ha prorrogado sus efectos hasta el 31 de diciembre de 2012

La subida del IBI solo afectará a los inmuebles de uso no residencial y a los de uso residencial cuyo valor catastral haya sido revisado con anterioridad a 2002



COMUNITAT VALENCIANA

SE INICIA EL PROGRAMA PILOTO DE ATENCIÓN A CRÓNICOS

El pasado 15 de marzo se inició en los departamentos de Elche y Sagunto el pilotaje del programa Valcronic, pensado como parte esencial de la estrategia de crónicos de la Comunitat Valenciana.



Luis Rosado durante el IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, donde explicó el programa Valcronic.

na. La prueba piloto afecta a un total de 12.000 pacientes y se centra en cuatro patologías crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca y EPOC). Una vez evaluados los resultados, se extenderá al resto de la Comunitat.

El consejero de sanidad valenciano, Luis Rosado, ha destacado que "la Comunitat está liderando en España un Plan de Asistencia a Crónicos que se apoya en la aplicación de las nuevas tecnologías, que permitirá hacer un seguimiento a distancia de pacientes, el telecuidado, y el apoyo a la decisión clínica. El objetivo es mejorar la calidad de vida de los enfermos, disminuir los ingresos hospitalarios innecesarios y prevenibles, retrasar en lo posible la evolución de la enfermedad".



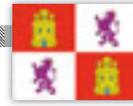
PRINCIPADO DE ASTURIAS

TRES MESES SIN QUE NINGÚN ASTURIANO ESPERE MÁS DE 180 DÍAS PARA SER OPERADO

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) ha logrado mantener e incluso mejorar los buenos resultados de listas de espera conseguidos al cierre del ejercicio 2011, de tal modo que en el mes de febrero la lista de espera quirúrgica de más de 180 días vuelve a estar a cero. Es la primera vez desde las transferencias sanitarias que la lista de espera de más de 180 días se mantiene a cero durante tres meses seguidos. Este es uno de los principales indicadores utilizados para evaluar la

situación en cuanto a listas de espera en la sanidad.

Además, otro de los indicadores más significativos, el de demora media, también ha experimentado una sustancial mejoría, de tal modo que los asturianos esperaban, según datos del pasado mes de febrero, 57 días para pasar por el quirófano, siete días menos que en el mismo mes de 2011. Y la demora se ha reducido en febrero incluso con respecto al mes de diciembre que fue de 62 días.



CASTILLA Y LEÓN

PLAN DE MEJORA PARA EL PACIENTE POLIMEDICADO

La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León ha extendido a toda la región el programa de mejora en la información sobre medicamentos y su cumplimiento terapéutico a los pacientes que tomen cinco o más medicinas diferentes de forma crónica o habitual, un programa que se realiza en colaboración con el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León (CON-CYL) y que beneficiará a unas 175.000 personas (un siete por ciento de la población).

En el año 2008, la Gerencia Regional de Salud puso en marcha el Programa de Mejora de la Adherencia Terapéutica en el anciano polimedicado en los centros de salud, programa en el que desde el año 2010 participan las farmacias de



la región, como una actividad dirigida a mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en este tipo de pacientes, dados los problemas asociados a la edad y la reducida capacidad psicofísica.

La participación de los farmacéuticos, expertos en medicamentos, es un elemento esencial para cerrar la cadena asistencial que se presta al paciente. Así, la incorporación de las oficinas de farmacia al programa es voluntaria y progresiva y supone la puesta en marcha de actividades protocolizadas.

Sección patrocinada por:



III Certamen de Artículos

La medicina que ‘cuenta’



María Pilar Arroyo Aniés, médico de familia en la Zona Básica de Huarte-Esteribar (Navarra), y José Camilo Vázquez Caubet, residente de psiquiatría en el Hospital 12 de Octubre de Madrid fueron los ganadores del III Certamen de Artículos Medical Economics, patrocinado por Iberocruceros, fallado el pasado mes de diciembre. *Medical Economics* publica ambos artículos premiados: *¡Qué vergüenza!*, de Pilar Arroyo, Gran Premio; y *El evolutivo (Narrativa no-ficción en la planta de hospitalización psiquiátrica breve)*, de José Camilo Vázquez, Premio Plus Médico Joven.

GANADOR

GRAN PREMIO

¡Qué vergüenza!!

[Por **PILAR ARROYO**]

Lucas (llamémosle así) tenía 68 años aquella mañana que acudió por primera vez a mi consulta. Yo llevaba varios meses trabajando en el cupo pero no lo conocía. Me llamó la atención cómo, a pesar de su edad, prácticamente no había recogido historia sobre él en la, por entonces, carpeta de papel archivada y me interesé en conocer sus antecedentes y estado de salud, por otro lado sin problema crónico alguno y con una lucidez mental y autonomía personal que para sí quisieran otros muchos.

Me dijo que era viudo desde hacía 14 años, tenía dos hijos y convivía con su hija, que debía viajar a menudo por su trabajo, la mayor parte del año.

Venía por lo que creía era un “catarro fuerte” que le acompañaba hacía unas semanas, sin fiebre, sin malestar especial pero cuya tos no le dejaba dormir bien... y puede que a algún vecino tampoco, “la muy pesada”...

Concluida la exploración, que parecía reflejar una discreta bronquitis, consensuamos un tratamiento (dijo ser hombre poco amante de muchos remedios) y acordamos una cita de revisión en unos días.

daban a su pulcro dueño un aire de decadencia y quebranto marcados.

Convinimos en la necesidad de una radiografía y valoración en el servicio de urgencias hospitalario, los ruidos respiratorios habían cambiado ostensiblemente en poco tiempo y habían aparecido unas alteraciones térmicas, no importantes pero continuadas. Al día siguiente, una llamada me confirmó el ingreso por neumonía y quedamos a la espera del alta.

UN GIRO INESPERADO

Pasaron un par de semanas, suponía a Lucas progresando en mejoría y deseo de volver a su hogar (por entonces, los medios técnicos no nos permitían saber más datos sobre nuestros ingresados), cuando su hija volvió a la consulta y dijo no ser portadora de buenas noticias. Su expresión sería apoyaba lo que decía.

Guardé silencio y me dispuse a escuchar. La edad y el cuadro me hicieron pensar en un proceso tumoral larvado y detectado en el ingreso, pero mi sorpresa fue mayor

“LAS ANOTACIONES PUNTUALES EN UNA HISTORIA DE PAPEL, DEJAN UNA HUELLA IMBORRABLE MÁS ALLÁ DE LO MERAMENTE CLÍNICO”

Quedé gratamente impresionada con la posibilidad de entablar una relación médico-paciente con un hombre de su edad que parecía tan celoso de su albedrío y necesidad escasa de contactos con el sistema de salud...

No había concluido el plazo fijado cuando se presentaron en el centro de salud dos personas, hombre y mujer, que dijeron ser los hijos de Lucas. Estaban muy preocupados por su padre, lejos de mejorar, empeoraba a ojos vista y la fatiga y el malestar estaban conllevando un progresivo deterioro. Solicitaban una nueva valoración cuanto antes.

Tuve que darles la razón, si bien él hacía por mantener su presencia y dignidad, con su traje y corbata impecables, ese mismo hábito le daba ahora una imagen para nada adecuada a lo que pertenecía, parecían prestados y

cuando le oí decir: “Mi padre tiene una tuberculosis pulmonar y, además, le han detectado ser positivo al VIH, al sida. Lleva tal disgusto encima que, de no ser por la intensidad del tratamiento, no sé si remonta la situación. Nadie le ha preguntado pero parece evidente que la única vía de contagio pueda ser la sexual. Nos mira y repite: ‘yo no he estado con fulanas, solo ha habido tu madre en mi vida, antes y después de morirse’. Ni mi hermano ni yo somos quienes para juzgar la conducta de mi padre, menos después de enviudar, pero está siendo un mal trago para él... Vengo a decírselo porque parece que vendrá pronto a casa, aunque, en adelante, seguirá controles en el hospital, en el servicio de infecciosas”.

Mantuve mi silencio un poco más, necesitaba asimilar lo que me referían y dar hueco a mi interlocutora para

tomar aire, tras la dura confesión realizada. Expresé mi agradecimiento por ser avisada con antelación y no haber sido sorprendida por la noticia con Lucas ante mí, previendo su mirada interrogadora en la mía, suponiendo mis *a priori* evaluadores. Quedé en reservarle la mejor acogida posible a su vuelta, para intentar ayudarlo a llevar su proceso físico y psicológico, tal y como me enseñaron y he ido aprendiendo en mi experiencia laboral. La importancia de no olvidar lo psicosocial junto a lo biológico en mis pacientes, esencial como médico de familia.

Llegó el día. Prefirió venir al centro en lugar de que acudiese yo a su casa, tal vez para poner ciertas barreras, pensé. Nada de dejarme entrar en su hábitat más íntimo, bastante habría tenido que soportar en interrogatorios sucesivos en el hospital. Su soberanía puesta a prueba.

Nos saludamos y expresé mi satisfacción de verlo en vías de recuperación, de vuelta a casa. Le acompañaba su hija, no hice muchas preguntas, revisando el informe con atención. En medio de un listado de datos técnicos y resultados de pruebas exhaustivas para descartar otros problemas y averiguar la extensión de sus procesos, no había dato ni comentario epidemiológico particular sobre el sujeto objeto de estudio, que parecía quedar en el anonimato y reducido a esas cuantificaciones, tras el perfecto examen realizado.

Le expresé mi impresión de que el estudio era completo, de lo evidente de su mejoría, que el ingreso

había sido oportuno y que debíamos poner al día su tratamiento y realizar una pequeña exploración. Lo aceptó todo prácticamente en silencio.

Finalizado el acto médico, hice un comentario, lo más neutro posible sobre la nueva situación: "Parece que tendrá que llevar tratamiento algunos meses todavía, estos procesos son lentos en solucionarse pero los antibióticos ahora son muy eficaces".

Solo entonces me concedió una mirada suspicaz y dijo: "Y...¿qué me dice de lo otro?"

Procuré adoptar una expresión cálida y directa para decirle: "La suerte es que la enfermedad respiratoria ha sido posible tratarla sin complicar a otros y este otro proceso infeccioso es abordable, hoy en día, como un proceso crónico. Los controles están protocolizados".

No entré en otras valoraciones. Tampoco auguré otro pronóstico. Creo que me lo agradeció porque, acto seguido me preguntó cuándo tenía que volver y ya al salir, me alargó la mano para estrechar la mía y me dio las gracias.

Me quedé pensando, ya lo hice en la visita previa de la hija. ¿Cabría ayudarlo de otro modo?, ¿habría posibilidad de llegar al sujeto enfermo de otra forma? Revisé su historia y encontré un dato: 1986, fallece su esposa (linfoma).

Una idea iluminó mi mente...¿podría ser?...

UNA PUERTA ABIERTA

Llamé al servicio de hematología y me confirmaron que, hasta bien avanzado 1985, no se iniciaron los controles serológicos previos de VIH en la totalidad de los plasmas donados.

Comenté el caso. Desde luego eran posibles las transfusiones, e infección subsiguiente, a una paciente con tal diagnóstico. Para la siguiente visita yo tenía bien cerrada mi investigación.

Lucas llegó notablemente recuperado, sus hijos habían estado muy pendientes de él.

Comentamos los progresos palpables, actualizamos el tratamiento y revisamos una nueva radiografía que reflejaba la evidente mejoría pulmonar en curso y, cuando ya la visita técnica tocaba a su fin, añadí: "¿Sabe, Lucas? He estado revisando su caso. Entendí lo preocupado que estaba con el diagnóstico del virus inesperado (evité nombres propios por su carga emocional). Descartados contactos sanguíneos, habría que pensar en otras vías de contagio".

Observé que dirigía su mirada al suelo, pero continué, siendo consciente de la necesidad de expresar con claridad mis deducciones: "El hecho de que su esposa falleciese de una enfermedad de la sangre supone que estuvo sometida a algunas transfusiones, ¿lo recuerda?. Era una época en la que ese virus no se podía detectar; no se comenzó a estudiar hasta poco después".

Hablaba despacio, controlando el efecto de mis palabras en su cara. "Así pues, ella pudo infectarse y pasarle el germen a usted en sus relaciones. El problema ha estado dormido en su interior hasta que el bajón de defensas que conlleva le facilitó el campo a la tuberculosis. Esa nos parece que ha podido ser su forma de contagio de esa infección, algo posible en aquel entonces. Lo he consultado y los especialistas de hematología también están de acuerdo con esta hipótesis".

Lucas alzó la vista y me miró y luego se volvió hacia su hija, que sonreía, y ambos se levantaron despacio, se



"Mi padre tiene una tuberculosis pulmonar y, además, le han detectado ser positivo al VIH. Lleva tal disgusto encima que no sé si remonta la situación".



"Lucas alzó la vista y me miró y luego se volvió hacia su hija, que sonreía, y ambos se levantaron despacio, se abrazaron"

abrazaron y, emocionado, le oí decir, ajeno a mi presencia, "tenía que ser así, no hubo otra para mí".

Su tembloroso apretón de mano reflejaba también esa conmoción en su partida.

Salieron a la sala despacio y también yo necesité un momento de descanso en el ritmo de la mañana. Para ser consciente de la puerta abierta en ese hombre y a su familia que le quería. Para reparar en la complejidad de un sistema que dispone y maneja un gran volumen de información global y cómo las anotaciones puntuales en una historia de papel, dejan una huella imborrable más allá de lo meramente clínico, haciendo hincapié en avatares vitales que permiten personalizar el abordaje del paciente. Para valorar que los estudios y tratamientos no pueden ser neutrales respecto a los valores y sentimientos de los enfermos que atendemos.

Y, finalmente, como aprendizaje para mí misma, para caer en la cuenta de cómo merece la pena recuperar esa relación médico-paciente o mejor persona-persona, tantas veces manida y sometida a las presiones de una organización también complicada reconsiderando que el centro son los individuos, tanto los atendidos como los que atienden/atendemos, los profesionales, y cuya satisfacción por el trabajo esmerado, cuando se refleja en el bienestar y agradecimiento del otro lado de la mesa, compensa con creces las horas de extenuante carga y presión asistencial, muchas veces desmotivadoras si no se saborean momentos así. Gracias, Lucas.



M^a Pilar Arroyo Aniés es médico de familia en la Zona Básica de Huarte-Esteribar (Navarra).

EL ÉXITO NO SE IMPROVISA



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

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

DRUG FARMA

CONGRESOS S.L.U.

Antonio López, 249-1^o. 28041 Madrid. Tel.: 91 792 13 65 - Fax: 91 500 20 75
Contacto: Lourdes Panizo • lpanizo@drugfarmacongresos.com

PREMIO PLUS

MÉDICO JOVEN

El evolutivo

(Narrativa no-ficción en la planta de hospitalización psiquiátrica breve)

[Por **JOSÉ CAMILO VÁZQUEZ**]

La puerta del despacho se abrió con estrépito para dar paso a la paradoja balbuciente y quijotesca de ese hombre cabreado llamado Eutimio. Tras él, el vasito blanco de la medicación, con su enfermera correspondiente.

“¡Me tenéis hasta los cojones!” rugió con su voz de quinientos cigarrillos/día, “¡Siempre dando por culo con la droga esta!” “¡Eutimio, tómete la medicación!” rogó la enfermera. “¡Buenos días, caballero!” sonrió el adjunto.

Una Olanzapina, formulación comercial, voló más allá de la vista del residente.¹

“¡Haga el favor de sentarse de una vez, buen hombre!”

“¡¿Pero cómo que hombre?! ¡Rata, querrá decir!” sus ojos eran dos huevos friéndose, chisporroteando en una sartén de dopamina. “¡Si lo único que hacen es experimentar con nosotros, como si fuéramos conejillos de indias! ¿Por qué no se toman los psiquiatras la medicación, eh? ¡Me cago en las pastillas!”

A tiro de salivazo, el residente de psiquiatría se revolvió en su silla, algo incómodo, y perdió su oportunidad, quizás irrecuperable, de demostrar su dominio de la situación y decir: “Ajá...”

Eutimio, por supuesto, no se sentó. Era perro viejo, con decenas de ingresos a ambos lados del río Manzanares. Envalentonado, aquel gigante desarbolado, aquel pijama desfalleciente y semivacío, apuntó con su dedo acusador al facultativo que presidía la robusta mesa de formica.

“¡¡¡Ni siquiera tendría que estar aquíiiiiiiii!!!”

Parecía que aquel hombre tuviera el volumen modulado para dos opciones: fuerte y más fuerte todavía. El teléfono del despacho comenzó a sonar, probablemente por obra de los compañeros del despacho adyacente, que se estarían preguntando a qué clase de fiesta no habían sido invitados. Nadie descolgó el auricular. El interpelado sintió las miradas de sus pupilos, apneicos, se inclinó sobre la mesa e hinchó las narinas.

“¡¿Que no debería estar aquí?! ¡Eso digo yo! ¡Eso mismo digo yo! ¡Ni usted, ni un servidor! ¡¿Usted sabe lo que me pagan?! ¡Una miseria! ¡Pero aquí estamos!”

“¡¿Pero qué me está cont...?!”, no pudo terminar la palabra. Su interlocutor abandonó la trinchera de sus hombros caídos. Las gafas le resbalaron nariz abajo y vociferó “¡¡Porque esto es la Seguridad Social, caballero!! ¡¡La Seguridad Social!! ¡Aquí mucha medicación y poca palabrería! ¿Sabe? ¿O me ve con cara de querer darle conversación? ¡No, aquí no nos andamos con remilgos de colegiala! ¿Qué le parece?”

Tardó en reaccionar, pero volvió en sí tras un leve parpadeo. Indignado, más si cabe, al alegre visitante se le quedaba corto el espacio en la consulta para sacudir sus raquíticos brazos. El residente de neurología echó para atrás su silla con discreción, hasta acabar arrinconado contra la pared.

“¡¿Colegiala?! ¡¿colegiala?! ¡Usted está muy... equivocado...”, las sílabas se le quedaron pegadas a los

¹ Como bien pudo observar el otro aprendiz presente en el despacho, un rotante de neurología que vio caer el neuroléptico concretamente a unos 50 centímetros tras su compañero, a la altura de su codo, entre el cartón de zumo de piña que había establecido su campamento base en aquella estantería en algún momento de la semana pasada y el lomo raído de un taco de recetas rojas, avivando quizás las habladurías -justificadas o no- que solo la presencia de un psicotrópico como aquel, en un lugar como ese, fuera de la estrecha supervisión del personal de enfermería, podía desatar en las desocupadas mentes de los residentes.

labios mientras perdían fuerza, y la mirada se dirigía a sus pantuflas abiertas, como si alguien le hubiera arrancado a traición las pilas de un compartimento situado en su espalda. Luego, volvió a la vida con un respingo: “¡Muy equivocado! Si usted supiera... Pero ya me conozco yo a los suyos... ¡Ustedes nunca escuchan lo que se les tiene que decir!”.

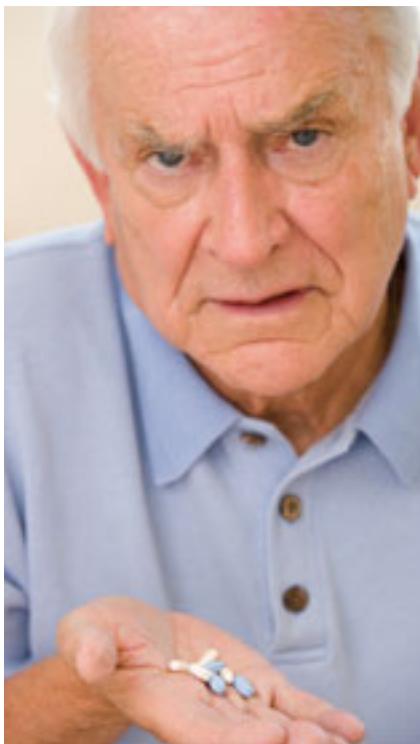
“¿Y qué había venido a decirme...?”, preguntó suavemente el adjunto, mientras fracasaba en su intento por arrancar la costra del cristal de sus gafas.

“¡Pues que todo esto es una vergüenza! ¿Ha visto cómo está el mundo ahí fuera?, ¡podrido! Todos te hacen la vida imposible. ¡No te dejan vivir! Te miran mal por la calle. Hablan de ti a tus espaldas. No... pero usted no habrá visto nada de esto, desde luego... Si ya lo sé yo, que también está con ellos... Y claro, si te quejas luego tienes esto.

Los jueces bailándole el agua a los médicos.... ¡Te encierran en contra de tu voluntad! ¡Ya me dirá usted a quién hago daño yo! En cambio esos... esos... ¡Los que están ahí fuera! ¡Ellos son los que deberían estar aquí, y no yo!”

Por primera vez desde que Eutimio entrase por la puerta todos callaron.

Los dos residentes apenas se atrevieron a intercambiar una mirada cargada de “qué será lo próximo”. Sin su dentadura postiza la épica del discurso se perdía entre ocasionales meteoritos hidrosalinos pero, en conjunto, aquel hombre imponía un severo respeto. Los gritos ayudaban, desde luego, pero en la mente de los recién licenciados crecía la incómoda sensación de que quizás –solo quizás– estuvieran neuroleptizando a algo así como un profeta. De ser así, sin duda, pagarían por ello. Porque tanta indignación no podía surgir de la nada. Aquel tremendo cabreo venía a querer otorgarle una razón incontestable. Ellos recién habían terminado medicina, ¿qué sabían de las miserias de la vida, de



“¿Por qué no se toman los psiquiatras la medicación, eh? ¡Me cago en las pastillas!”

los duelos y quebrantos, de la pensión por renta mínima...? ¿Se habrían convertido por pura y simple ignorancia en resortes del odiado mecanismo opresor? ¿Podía un simple error neurobiológico explicar aquella pringosa sensación de haber pasado de habitar el cálido “nosotros” al siempre sospechoso “ellos”?

PEÓN 4 REY

Pero el facultativo especialista de área al mando de la entrevista, con las posaderas renegridas de peores escaramuzas dialécticas que aquella, lo miró fijamente. Sonrió haciendo una mueca de preescolar travieso y, trazando un suave arco con su cabeza, cambió de posición diciendo: “Peón 4 rey”.

Eutimio abrió los ojos como buscando en las cuatro esquinas del despacho a alguien que, o bien le asegurase que había escuchado lo mismo que él (y los residentes en aquel momento compartían

estatus con el cartón de zumo de piña a este respecto), o bien unos brazos dispuestos a sujetarle e impedir saltarle al cuello al tipo que tenía frente a sí. Al no detectar otras formas de vida inteligente balbució: “¿Peón 4 rey?... ¿peón 4 rey?...”

El adjunto asintió, mudo como un Buda feliz. “¡Pues peón 4 rey yo también, diantre!”, contestó enderezándose Eutimio.

“Caballo 3 alfil-rey”, recibió de inmediato como respuesta.

El aprendiz de neurólogo, cartesiano inconfeso, no pudo sino preguntarse dónde tenían aquellos dos el tablero. Si es que realmente aquello era ajedrez.

“Pues yo igual”, contestó con jocoso ardor el guerrero empijorado, “caballo 3 alfil-rey”.

Aquello contribuyó momentáneamente a la tranquilidad del residente de psiquiatría, quien creyó detectar en aquel patrón una simetría simple, desprovista de misterio. El hombre de las gafas, no obstante, meditó unos segundos antes de disentir.

“INDIGNADO, MÁS SI CABE, AL ALEGRE VISITANTE SE LE QUEDABA CORTO EL ESPACIO EN LA CONSULTA PARA SACUDIR SUS RAQUÍTICOS BRAZOS”

“La defensa Petrov, ¿no? No es muy habitual... Ya no está de moda.” “¡Modas, me dice!”, saltó Eutimio ofendido, dedo en ristre. “Óigame usted. ¡Para la apertura española, que –apropiadamente– es muy de navajazo por la espalda, la mejor defensa es un buen contraataque!”

“Alfil 3 dama. Yo prefiero la siciliana. ¿Es usted más de Kaspárov o de Kárpov?”, interrogó el adjunto.

“¡Rusos!”, farfulló con todo desprecio, “Kárpov... no está mal, muy normalito. Y el otro...”



El aprendiz de neurólogo, cartesiano inconfeso, no pudo sino preguntarse dónde tenían aquellos dos el tablero.

“¡No me irá a hablar mal de Kaspárov!”, le tiró de la lengua el adjunto, fingiéndose sorprendido.

“¡Ese!”, vociferó de nuevo Eutimio, “¡Ese no es más que un intelecto monstruoso! ¡Un cerebro demoledor! Por eso le ponían a jugar con ordenadores, para que sus contrincantes no cayeran muertos del aburrimiento”.

El especialista aplaudió la ocurrencia con una sonrisa socarrona, asintiendo en silencio.

“¿Sabe usted quién vale realmente, quién tiene verdadero talento? ¡Bobby Fischer! ¡Nunca ha habido nadie como Fischer!”, continuó Eutimio, claramente animado por aquella conversación. “Lo que él hace es arte. Fischer sorprende, ¡deslumbró! Los cerebritos no saben ni de dónde les caen los palos. Pero claro, es lo que les pasa a los verdaderos genios. Que se les persigue. Nadie les comprende... Aunque ya casi no juegue. Él es el mejor.”

“Era”, apuntó el psiquiatra con voz neutra.

“¿Cómo que *era*?”

“Murió. Hace un par de años, creo.”

Hubo una pausa solemne. Los presentes, súbitamente encargados de sostener con delicadeza aquel silencio, llegaron tal vez a compartir por un momento la pérdida

–quizás la última– que acababa de sufrir aquel solitario.

“Ha muerto... maldita mi suerte... ¿cuántos años tenía?”, preguntó.

“Sesenta y cuatro.”

“Sesenta y cuatro... claro... sesenta y cuatro... casillas... Sesenta y cuatro...”

Eutimio quedó cabizbajo, inmerso en su soliloquio. Asociaciones laxas, pensó el residente. Lenguaje formalmente desorganizado. A la espera de novedades, dirigió su mirada al elemento tractor de aquel despacho. Tras ajustarse el maltrecho nudo de su corbata, el adjunto se inclinó hacia un lado de la mesa. Sacó un blíster de aluminio de dentro del cajón. Presionó contra la palma de su mano y sostuvo su contenido con naturalidad.

“¿Y usted qué prefiere llevar, buen hombre, las blancas o las negras?”, preguntó con suavidad. “Blancas, claro”, respondió Eutimio abandonando plácidamente su ensoñación. “Pero siempre me toca acabar llevando negras...”

“Ya, no me diga más...” Y le tendió la mano para que cogiera la pastilla. “Tome.”

Eutimio, sin mediar palabra, se la tragó. Era blanca.

“Usted y yo nos vamos a entender...”, dijo levantándose de la silla para marcharse.

“No cante victoria”, contestó el adjunto, saltando alegremente del sillón, como un resorte. Le acompañó hasta la puerta gri-

tándole al oído, mientras aquel lobo estepario sonreía de lado: “¡No se confíe, Eutimio! ¡Soy la horma de su zapato! ¡La horma de su zapato! ¡No se confíe!”

Sus voces se perdieron por el pasillo, rumbo a la terapia de grupo. Mirando al horizonte de la puerta todavía abierta quedaron los dos residentes.

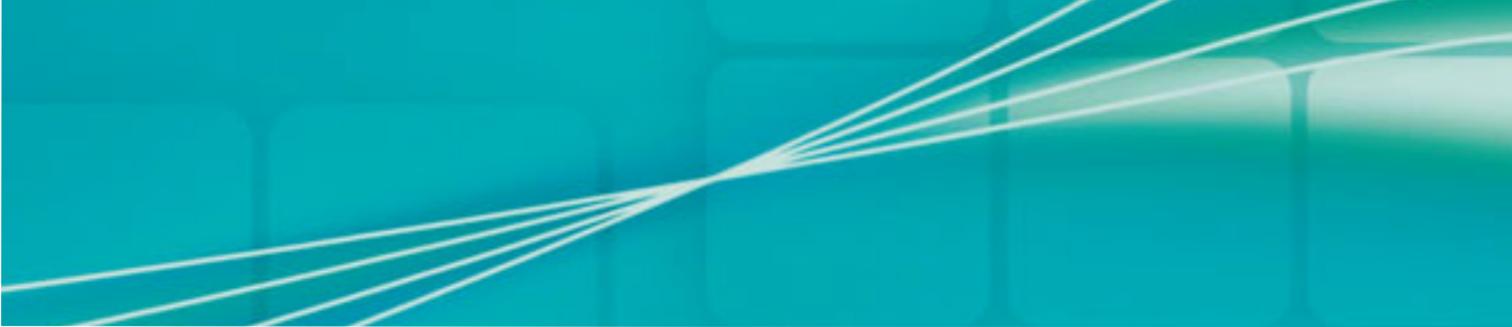
“¿Y bien?, ¿qué vas a poner!”, preguntó el neurólogo acercándole a su compañero el cartapacio terroso de la historia clínica. Tras pensarlo un momento e intentar resumir técnicamente lo que habían presenciado en aquella consulta, desistió. Solo se le ocurrieron dos palabras: “Psicopatológicamente estable...”, recitó mientras garabateaba el evolutivo.

Pero una risa, quizás inmotivada, quiso brotar de él para hacerle justicia al momento. No obstante, se contuvo. Había científicos delante.

En su lugar, el aspirante a alienista simplemente miró a su compañero y añadió: “Y el paciente también”.



José Camilo Vázquez Caubet es residente de psiquiatría en el Hospital 12 de Octubre de Madrid.

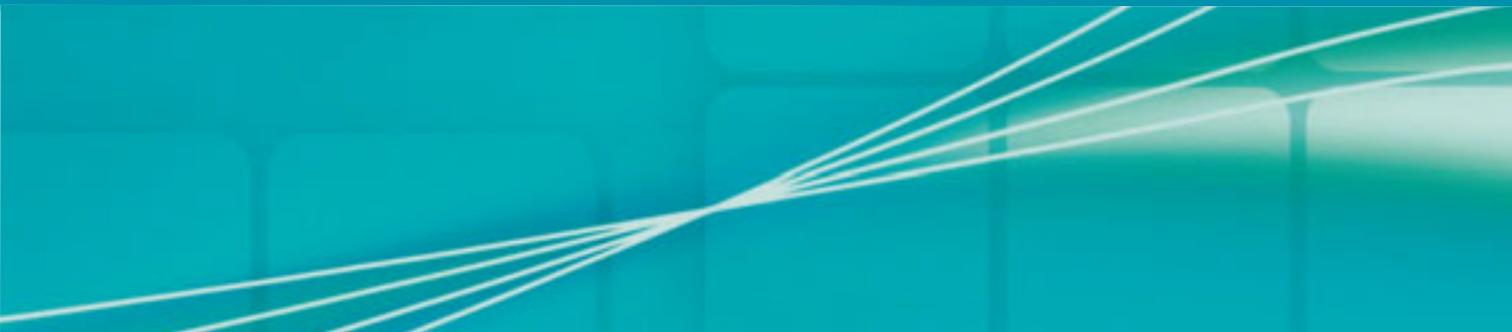


BAUSCH + LOMB



La única compañía
mundial dedicada en
exclusiva al cuidado
de la salud ocular

BAUSCH + LOMB: AYUDÁNDOTE A VER MEJOR - PARA VIVIR MEJOR
WWW.BAUSCH.COM



Oftalmología

CENTROS CLÍNICOS de EXCELENCIA

- **Cartuja Visión, Centro de Servicios Oftalmológicos**
C/ Gregor J. Mendel, 6
Parque Tecnológico de la Isla de la Cartuja
Sevilla
Teléfono: 954 22 30 66
www.cartujavision.com
- **Centro de Oftalmología Barraquer**
C/ Muntaner, 314
08021 Barcelona
Teléfono: 93 209 53 11
www.barraquer.com
- **Clínica Baviera**
Gran Vía del Marqués del Turia, 9
46005 Valencia
Teléfono: 96 353 19 93
www.clinicabaviera.com
- **Clínica Rementería**
C/ Almagro 36, entreplanta derecha
28010 Madrid
Teléfono: 902 04 04 24
www.cirurgiaocular.com
- **Fundación Oftalmológica del Mediterráneo (FOM)**
Bifurcación Pío Baroja - General Avilés, s/n
46015 Valencia
Teléfono: 96 232 81 00
www.fom.es
- **Hospital La Arruzafa-Instituto de Oftalmología La Arruzafa**
Avda. La Arruzafa, 9
14012 Córdoba
Teléfono: 957 40 10 40
www.hospitalarruzafa.com
- **Instituto Catalán de Retina (ICR)**
C/ Pau Alcover 69-71
08017 Barcelona
Teléfono: 93 254 79 22
www.icrcat.cat

La oftalmología es la especialidad médico-quirúrgica que se relaciona con el diagnóstico y tratamiento de los defectos y las enfermedades del aparato de la visión. Con la otorrinolaringología y la dermatología, constituye una de las llamadas especialidades de la primera generación e históricamente fue la primera que adquirió acreditación académica y aceptación social como tal especialidad.

Curiosamente, una de las principales ocupaciones de la oftalmología en sus orígenes, antes incluso de ser reconocida como tal, era exactamente la misma que ahora: la operación de cataratas. Eso sí, con técnicas bastante diferentes a las actuales.

A pesar de que su campo de actuación está perfectamente delimitado a la anatomía del ojo y sus patologías, conviene resaltar que estas enfermedades pueden estar relacionadas en ocasiones con las del resto del organismo.

En los últimos años, la oftalmología ha vivido un enorme impulso gracias a los avances tecnológicos que la capacitan para curar de forma casi definitiva muchas de las afecciones visuales.

Medical Economics inicia su serie *Centros Clínicos de Excelencia* con un recorrido por los centros de referencia de esta especialidad en España, aquellos que disponen de la tecnología más avanzada, los profesionales más reconocidos y que son capaces de abordar los últimos retos planteados en el campo de la oftalmología. El objetivo de esta serie no es generar ningún tipo de clasificación, sino realizar un acercamiento a aquellas clínicas que se han constituido en referente por méritos propios para el abordaje de la especialidad.

Para la selección de estas clínicas se han tenido en cuenta parámetros como:

- Reconocimientos y premios nacionales e internacionales.
- Número de pacientes tratados/tratamientos realizados por año.
- Nivel del equipamiento tecnológico de que dispone.
- Satisfacción de los pacientes.
- Participación en congresos.
- Peso en la comunidad médica y reconocimiento de sus profesionales.
- Actividades de formación e investigación.



Oftalmología; pasado, presente y futuro

Las primeras referencias al tratamiento ocular se remontan al código de Hamurabi, en la antigua Mesopotamia, en el año 1.300 a. de C., a las que siguen el desarrollo de diferentes modalidades quirúrgicas para el tratamiento de la catarata en el medio oriente y en Asia central durante la antigüedad –con escaso éxito–, que luego se difunden a través de Grecia y durante el Imperio Romano. Esto indica cuán viejo es el sueño de escudriñar en el órgano de la visión y comprender su funcionamiento.

En la actualidad, los tiempos heroicos de esta ciencia ya forman parte del pasado y los medios de estudio precarios han dado paso a una extensa aparatología avanzada. Se puede señalar como punto de inflexión la invención del oftalmoscopio en 1850 por Helmutz, que revoluciona la práctica oftalmológica y que proporciona al clínico mejores medios para avanzar en el diagnóstico y el tratamiento. Por esta razón, la oftalmología ha sido objeto de una continua súper especialización durante el último siglo que parece no tener fin y que augura una profundización en esta ciencia jamás soñada anteriormente.

La tecnología más avanzada con el manejo cotidiano del láser (*light amplification by stimulated emission of radiation*) con sus diferentes variedades ha dado lugar a una cirugía más eficiente, precisa y suave con los delicados tejidos del ojo, lo que ha posibilitado un amplio campo de actividad, desde la cirugía refractiva hasta la especialidad

en retina, pasando por la cirugía intracameraral del ojo.

Pero ya no se puede hablar de cirugía sino de microcirugía del ojo, sin menoscabo de otros tratamientos avanzados, como son la técnica denominada *corneal cross linking*, la keratoplastia conductiva sin láser que utiliza energía de radiofrecuencia, la colocación de anillos intraestromales para el queratocono o la implantación de lentes intraoculares acomodativas que permiten una excelente visión a cualquier distancia.

Así, la nueva oftalmología precisa, por tanto, de grandes inversiones en equipos muy costosos que necesitan un alto grado de mantenimiento muy gravoso para el clínico. Pero, ¿qué se puede esperar en el futuro? Existen muchas esperanzas fundadas en el empleo de células madre que puedan formar tejidos oculares y se apuesta decididamente por la nanotecnología a partir de los resultados esperanzadores logrados con la implantación de microchips en la retina de las personas invidentes que facilitan, por ahora, la visión de la luz y distinguir los movimientos e, incluso, los contornos de las cosas, además de la investigación llevada a cabo con microcámaras artificiales conectadas con el cerebro que quizá puedan algún día reemplazar el ojo humano.

Grandes esperanzas y un continuo avance imparable apoyado en una alta tecnología de vanguardia y un nivel de preparación clínica muy especializado para cumplir un viejo sueño: devolverle la visión al enfermo.

CENTROS CLÍNICOS EXCELENCIA

- **Instituto Clínico Quirúrgico de Oftalmología (ICQO)**
C/ Virgen de Begoña, 34
48006 Bilbao
Teléfono: 94 473 35 45
www.icqo.org
- **Instituto Gallego de Oftalmología (INGO)**
C/ Ramón Baltar, s/n
15706 Santiago de Compostela
Teléfono: 981 534 105
www.sergas.es
- **Instituto de Microcirugía Ocular (IMO)**
C/ Josep María Lladó n° 3
08035 Barcelona
Teléfono: 93 253 15 00
www.imo.es
- **Instituto de Oftalmología Aplicada (IOBA) de la Universidad de Valladolid**
Campus Miguel Delibes
Paseo de Beln, 17
47011 Valladolid
Teléfono: 983 42 35 59
www.ioba.med.uva.es
- **Instituto de Oftalmología Avanzada**
C/ Galileo, 104
28003 Madrid
www.oftalmologia-avanzada.com
- **Instituto Oftalmológico Fernández-Vega**
Avda. Dres. Fernández-Vega n° 34
33012 Oviedo
Teléfono: 985 240 141
www.fernandez-vega.com
- **Instituto Tecnológico de Oftalmología (ITO)**
Avenida de Las Burgas, 2
15705 Santiago de Compostela
Teléfono: 981 585 733
www.itogalicia.es
- **Vissum Corporación Oftalmológica**
C/ del Cabañal
03016 Alicante
965 15 40 62
www.vissum.com

Centro Oftalmológico Barraquer

BARCELONA

La oftalmología española no sería lo mismo sin la saga de los Barraquer que durante cinco generaciones han sabido mantenerse a la vanguardia de los tratamientos y la tecnología. El Centro de Oftalmología Barraquer fue ideado por Ignacio Barraquer, quien combinó su labor profesional en el Servicio Oftalmológico del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y, posteriormente, en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, con su actividad privada.

La consulta privada de Ignacio Barraquer, donde ejerció hasta 1940, estaba situada en la céntrica Ronda de Sant Pere de Barcelona, esquina con la plaza de Cataluña, y constaba de planta baja y primer piso.

Con la finalidad de ofrecer su ciencia y sus conocimientos a los pacientes con recursos económicos escasos, Ignacio Barraquer instauró la obra social, financiada con recursos propios, gracias a la cual se atendía a estos pacientes aplicando tarifas reducidas. Por todo ello, puede afirmarse que la consulta de la Ronda de Sant Pere fue el germen de lo que posteriormente sería su gran obra: la Clínica Barraquer.

El actual Centro de Oftalmología Barraquer, situado en el barrio de Sant Gervasi, es una entidad privada dedicada a la investigación, prevención, diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades oculares, que ofrece asistencia a pacientes de todo el mundo. Joaquín Barraquer Moner, segundo hijo varón de Ignacio Barraquer, es quien se encuentra al frente en la actualidad del centro. Le acompañan en la dirección médica Rafael y Elena Barraquer, ambos pertenecientes a las cuarta generación familiar.

Además de la estar avallada por su propia historia y experiencia, el Centro Oftalmológico cuenta con varias certificaciones de calidad, entre las que destacan la acreditación Generalitat de Catalunya, la ISO a Unidad Docente y la ISO a la Fundación Barraquer. A ellas se une la permanente apuesta por la innovación tecnológica, tal y como demuestran sus últimas adquisiciones: el láser de femtosegundo para cirugía de la catarata (técnica de reciente implantación) o las nuevas técnicas quirúrgicas de trasplante lamelar de córnea y las lentes intraoculares multifocales.

COMPROMETIDOS CON LA DOCENCIA

El Centro Oftalmológico Barraquer sigue guiándose por el mismo lema que su fundador eligió en el momento de inaugurarlo: "Tratemos al paciente como nosotros querríamos ser tratados en su lugar". Así se refleja no solo en las actividades habituales de la clínica, si no también en las paralelas que desarrollan la Fundación Barraquer, su Banco de Ojos y demás aportaciones sociales que tienen su punto de partida en la familia.

Sin embargo, a lo largo de su dilatada historia otro aspecto ha ido haciéndose hueco hasta convertirse también en un pilar fundamental: la docencia. Así, en 1947 se funda el Instituto Barraquer como una asociación científica independiente y autofinanciada, dedicada a la investigación y enseñanza de la oftalmología, al intercambio de ideas y descubrimientos científicos, a la mejora y difusión de las terapias médicas y quirúrgicas, y a la promoción general de la oftalmología.

En 1972, Joaquín Barraquer inauguró oficialmente la Escuela Profesional



El Centro de Oftalmología Barraquer es una entidad privada dedicada a la investigación, prevención, diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades oculares.

LAS CIFRAS DE 2011

- 30 oftalmólogos súper especializados por patologías
- 90.000 pacientes atendidos
- 14.000 tratamientos efectuados
- 29 millones de euros de facturación

de Especialización Oftalmológica, dependiente de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) y adscrita a su facultad de Medicina. Además, el Instituto colabora con el Centro de Oftalmología Barraquer en los programas de especialización MIR (médicos internos residentes), en los que dispone de cinco plazas acreditadas para cada curso. Y desde 1993, quedó adscrito a la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), en calidad de Institut Universitari Barraquer.

Clínica Rementería

MADRID

La Clínica Rementería es un centro oftalmológico multidisciplinar integral que cuenta con todos los servicios y subespecialidades que la especialidad ha ido implementando con los avances técnicos y quirúrgicos. Al frente de la misma se encuentra Laureano Álvarez-Rementería Fernández, oftalmólogo de reconocido prestigio que puede afirmar que es uno de los europeos que más lentes multifocales ha implantado.

Los más de 100.000 pacientes con historia clínica en este centro son un inmejorable baremo de calidad. Tal y como defiende Álvarez-Rementería “tiene que



Laureano Álvarez-Rementería (en el centro) inauguró hace más de treinta años una clínica con una única enfermera como personal. Hoy dirige una amplia y variada plantilla de profesionales de la oftalmología.

ESPECIALIDADES

- Cataratas
- Cirugía de catarata con láser de femtosegundos
- Cirugía refractiva láser: corrección de miopía, hipermetropía y astigmatismo
- 100% láser: láser excimer y láser femtosegundo
- Lentes epicapsulares para altas miopías
- Corrección de la presbicia. (lente intraocular y mono-visión avanzada)
- Cirugía retina y vítreo
- Oculoplastia: órbita, párpados y aparato lagrimal
- Glaucoma
- Estrabismo: cirugía, toxina botulínica
- Tratamiento del queratocono: *cross-linking*, anillos intraestromales
- Oftalmología pediátrica
- Trasplantes de tejido ocular y membrana amniótica
- Neurooftalmología

funcionar el boca a boca”. Sin embargo, esa creencia no exime a la Clínica de contar con algunas de las principales acreditaciones de calidad del sector. Un ejemplo es la Certificación ISO 9001:2000 por medio de la cual se compromete con los sistemas de calidad para ofrecer una medicina basada en la evidencia. En base a esta acreditación, el centro aplica una planificación específica dirigida a una mayor calidad asistencial y a la atención al paciente, que incluye protocolos aplicables tanto a la actividad general como a la quirúrgica.

Además, la Clínica Rementería ha sido distinguida como “Centro Europeo de Excelencia en el implante de lentes multifocales y nuevas soluciones para la cirugía de la catarata”, por la compañía oftalmológica internacional Alcon.

Contar con los últimos avances tecnológicos y utilizar las técnicas más novedosas es otro de los pilares de la Clínica. Un buen ejemplo es la utilización

LAS CIFRAS DE 2011

- 50.000 visitas
- 200 cirugías de órbita, párpados y vías lagrimales
- 200 cirugías refractivas (miopía, hipermetropía y astigmatismo)
- 400 intervenciones de retina y vítreo
- 2.000 cirugías de cataratas

del láser de femtosegundo aplicado a la cirugía de catarata, que ha supuesto una nueva evolución dentro del tratamiento quirúrgico más empleado en el campo de la oftalmología.

A todo ello hay que sumarle, el compromiso de Clínica Rementería con la Investigación y el desarrollo participando proactivamente en ensayos clínicos, nuevos estudios de implementación de técnicas y productos y acuerdos con instituciones como la Universidad Complutense o la C.E.U. San Pablo, ambas de Madrid.

Hospital La Arruzafa- Instituto de Oftalmología La Arruzafa

CÓRDOBA

Creado en el año 1991, el Hospital La Arruzafa-Instituto de Oftalmología la Arruzafa está formado por dos edificios, uno dedicado a consultas y pruebas diagnósticas (el Instituto) y otro a la parte quirúrgica (el Hospital). Esta última cuenta con cuatro quirófanos, una sala de reanimación y zona de hospitalización con habitaciones de corta y larga estancia (12 camas).

El centro es actualmente un referente a nivel nacional en la cirugía del trasplante de córnea y vítreo retina. Además, se realizan todo tipo de cirugías oftalmológicas, como cataratas, glaucoma, estrabismo, párpados, órbita, vías lagrimales, miopía, hipermetropía o astigmatismo, entre otras, y posee un departamento de oftalmología infantil. Los departamentos de alta especialización en el campo de la optometría como baja visión, para adaptar ayudas ópticas especiales, y ocularista (prótesis oculares) completan su cartera de servicios.

Un cuerpo médico altamente cualificado y las últimas innovaciones tecnológicas del sector forman, junto a una posición muy cercana al paciente, la columna vertebral del Hospital e Instituto-La Arruzafa.

SUS CIFRAS

- Historias clínicas: 160.000, desde el inicio de su actividad.
- Consultas/año: 65.000.
- Intervenciones quirúrgicas/año: 6.000.
- Urgencias oftalmológicas anuales: 12.000.
- Trabajadores: 77.



El equipo médico del Hospital La Arruzafa-Instituto La Arruzafa recibe en las encuestas de satisfacción de los pacientes una nota media de nueve sobre diez.

RECONOCIMIENTOS OFICIALES

- Autorización por parte de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía como hospital especializado.
- Acreditación por parte de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para la realización de trasplantes de córnea.
- Acreditación de Calidad Avanzada otorgada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Certificación de calidad ISO 9001:2008 otorgada por *Bureau Veritas Quality International (BVQI)* bajo acreditación ENAC y UKAS para Emisión de Diagnóstico y Cirugía de Oftalmología.

En este último aspecto desempeña un papel fundamental la página web del centro, que se ha convertido en una potente herramienta de difusión de información sobre patologías oftalmológicas frecuentes.

Toda esta filosofía empresarial se ha plasmado en la consecución de varios premios, entre los que destacan el Premio Iniciativa de Córdoba en la Excelencia de la Calidad, otorgado por el Consorcio Provincial de Desarrollo Económico de la Diputación de Córdoba; el Premio Empresa Justa y Solidaria, otorgada por la ONG Recursos para la Humanidad; y el Premio Cordobeses del año 2009, en el apartado de empresas, concedido por el Diario Córdoba.

Por último, y como resultado de la política de responsabilidad social empresarial del centro, nació en 2005 la Fundación La Arruzafa, una organización sin ánimo de lucro que persigue la promoción de la salud oftalmológica, la investigación y la docencia de esta especialidad independientemente de condicionantes económicos, sociales y geográficos. Además de varios proyectos humanitarios tanto a nivel internacional como local, la Fundación organiza simposios, cursos y congresos, destacando, desde el punto de vista formativo, el Forum Arruzafa, un encuentro anual que reúne a más de 300 oftalmólogos de toda España.

Instituto de Microcirugía Ocular (IMO)

BARCELONA

El Instituto de Microcirugía Ocular (IMO) apostó desde el principio por crear un equipo de médicos especialmente formados en cada una de las áreas de la oftalmología para ofrecer una atención total y de máxima calidad. En la actualidad ofrece tratamiento y cirugía en todas las áreas de la medicina ocular: retina y vítreo, cataratas, córnea y cirugía refractiva, glaucoma, oculoplástica, estrabismo, oftalmología pediátrica y neurooftalmología, además de contar con un departamento específico de baja visión.

Esta labor conjunta y multidisciplinar comenzó a mediados de los años ochenta, como Centro de Retina y Vítreo y se afianzó, a partir de 1992, como Instituto de Microcirugía Ocular. Hoy, y desde el último gran salto que se llevó a cabo en 2009 con la inauguración de la nueva sede de 22.000 m², el IMO está considerado como uno de los mayores centros oftalmológicos de Europa.

Entre sus últimas innovaciones tecnológicas destacan la incorporación del láser femtosegundo para el corte de la superficie de la córnea, la introducción de forma pionera en España del *lifting* mediofacial transconjuntival y el microscopio frontal para su uso en quirófano. Además, cuenta también con la tecnología ORA, un instrumento que se usa para conocer la resistencia del tejido corneal (histéresis corneal) y la presión intraocular; con el



Durante la última década, el Instituto ha participado en muchos ensayos clínicos internacionales en los que ha sido el referente en España.

OQAS, que determina la calidad visual mediante la proyección de un haz de luz puntual en el ojo; y con el Optomap, instrumento que ofrece una imagen panorámica del fondo del ojo.

PIONEROS EN INVESTIGACIÓN

Pero la vocación de IMO va más allá de aplicar de forma pionera y segura las últimas técnicas y descubrimientos en el campo de la oftalmología. Pretenden también ser su artífice. Por eso, durante la última década, el Instituto ha participado en muchos ensayos clínicos internacionales en los que ha sido el referente en España, como es el descubrimiento de fármacos para la degeneración de la mácula, las retinopatías proliferativas y las enfermedades de la córnea, el uso de nuevos fármacos para el glaucoma y la

aparición de nuevos procedimientos quirúrgicos antiglaucomatosos, la utilización de membrana amniótica para algunas enfermedades corneales, el avance en conocimientos de genética, los procedimientos endoscópicos y menos invasivos en oculoplástica o la introducción de instrumentos en vítreo-retina.

Respaldando ese afán investigador, desde finales de 2006, el IMO cuenta con un Comité Ético de Investigaciones Científicas (CEIC) para velar por la protección de los derechos, seguridad y bienestar de las personas que participan en proyectos de investigación que puedan comportar un riesgo físico o psicológico para ellas.

Toda esta actividad se complementa con una elevada implicación con la formación de las futuras generaciones de especialistas en oftalmología a través del Programa de Formación Continuada IMO de la Universitat Autònoma de Barcelona, creada en 2000 y cuyo titular es Borja Corcóstegui, director del centro. El director médico del IMO también participó en la creación del primer centro europeo de formación avanzada en oftalmología, la *European School for Advanced Studies in Ophthalmology* (ESASO) con sede en Lugano (Suiza).

TRATAMIENTOS MÁS CONSULTADOS

- Vitrectomía
- Láser en la miopía
- Blefaroplastia
- Lentes intraoculares
- Cirugía escleral
- Facoemulsificación
- Fármacos
- Fotocoagulación láser
- Inyecciones intravítreas
- Cirugía tumor maligno

Instituto de Oftalmología Avanzada

MADRID

Fundado en el año 2000, el Instituto de Oftalmología Avanzada es una de las clínicas madrileñas más vanguardistas. Al frente de la misma se encuentra Francisco Poyales Galán, oftalmólogo de reconocido prestigio procedente de una larga tradición familiar oftalmológica.

En el momento de fundar el IOA, una de las líneas estratégicas que se impusieron sus miembros fue situar al paciente como punto de partida y llegada de todos los procesos, como eje fundamental sobre el que pivotar. Por eso, cuentan con una planificación específica dirigida a una mayor calidad asistencial y a la atención al paciente, evaluando la satisfacción del mismo como objetivo a cumplir.

Para acreditar sus procesos, el IOA cuenta desde el año 2003 con la Certificación ISO 9001. Además, dispone de la acreditación de la Comunidad de Madrid para Trasplantes de Córnea y Tejidos y, en la actualidad, están preparándose para recibir su primera acreditación internacional.

SERVICIOS DESTACADOS

- Cirugía de polo anterior. Cataratas
- Retina-vítreo
- Córnea (trasplantes)
- Glaucoma
- Cirugía refractiva
- Pediátrico
- Órbita, vías lacrimales y párpados
- Departamento de urgencias
- Departamento de optometría
- Unidad de cirugía ambulatoria



El Instituto está muy comprometido con el I+D+i, participando proactivamente en ensayos clínicos y nuevos estudios de implementación de técnicas y productos.

UNIDAD DE CIRUGÍA

La unidad de cirugía ambulatoria constituye el área quirúrgica en la que se emplazan los quirófanos especializados en cirugía ocular, altamente equipados tecnológicamente y acreditados por Comunidad Autónoma de Madrid.

Está diseñada para la prestación de servicios como cirugía de cataratas, de la presbicia, cirugía refractiva, trasplantes corneales o cirugía de la retina, entre otros.

Cuenta con un área de preparación quirúrgica y una zona de readaptación al medio. También se ha dispuesto una sala especial para informar a la familia de los pacientes quirúrgicamente tratados, donde, al finalizar la intervención, el facultativo explica con detalle los resultados. Todo el proceso preoperatorio y posquirúrgico está dirigido por un oftalmólogo que, a su vez, realiza la correspondiente intervención al paciente.

Para alcanzar ese objetivo de situar al paciente en el centro de todos los procesos, el Instituto está dividido en departamentos especializados, que permiten ofrecer los mejores resultados en cada patología tratada. A ello contribuye la apuesta por dotar, tanto al paciente como al historial clínico, de la mayor cantidad de información, ya sean datos cuantificables o imágenes clínicas que permitirán completar un perfecto diagnóstico y posterior seguimiento de la evolución del mismo.

En esa misma línea, el IOA concede una importancia especial a su departamento de atención al paciente. En este se informa al paciente sobre cualquier consulta que desee realizar, se le facilitan todos los procesos administrativos necesarios, se gestionan sus citas para evitarle desplazamientos, se le facilitan las instrucciones

pertinentes según su proceso quirúrgico y se les realiza el seguimiento postoperatorio en cuanto a satisfacción y necesidades.

En un entorno de trabajo con este planteamiento, la tecnología ocupa, lógicamente, un lugar especialmente importante, tanto en el área de consultas y diagnóstico como en la quirúrgica. Por eso, la inversión en tecnología es una de las apuestas permanentes del Instituto.

La institución está también altamente comprometida con el I+D+i, participando proactivamente en ensayos clínicos, nuevos estudios de implementación de técnicas y productos, así como realizando todos los protocolos que la legislación sanitaria nacional exige en este área. A ello se une el compromiso con la formación técnica, científica y de gestión dentro del ámbito oftalmológico.

Instituto Oftalmológico Fernández- Vega

OVIEDO

Ciento veinticinco años de tradición oftalmológica respaldan a la saga Fernández-Vega, que han convertido a esta especialidad en parte de su herencia genética. Dada la proyección de la saga y coincidiendo con el centenario del ejercicio de la oftalmología en la familia Fernández-Vega, decidieron crear un Instituto y una Fundación que encauzaran la proyección futura de su empeño médico y científico, y desarrollaran las tres funciones que la medicina moderna exige hoy a un centro: asistencia, docencia e investigación. Nace así el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega.

La primera fase, destinada a centro quirúrgico, fue inaugurada en 1997 por el Príncipe de Asturias. En ella se desarrolla toda la actividad quirúrgica,



Más de 100.000 personas, de toda España y otros países, acuden cada año al Instituto Oftalmológico Fernández-Vega para tratar sus problemas oculares.

como cirugía de catarata, refractiva, trasplantes de córnea, desprendimientos de retina, glaucomas, vitrectomías, estrabismos, cirugía plástica ocular, tratamientos específicos con láser, degeneración macular asociada a la edad, oftalmología general, etcétera. Este área cuenta con seis quirófanos, dos de ellos dedicados exclusivamente a cirugía con láser excimer y L.A.S.I.K.

Al centro quirúrgico le seguiría una segunda fase, el área clínica, destinada a consultas y servicios administrativos.

TECNOLOGÍA

El Instituto cuenta con la última tecnología al servicio de sus pacientes. Prueba de ello son los diferentes modelos de OCT con los está dotada la clínica, escáneres de última generación capaces de realizar tomografías de coherencia óptica en tres dimensiones, que permiten la mayor nitidez y precisión en el análisis patológico de mácula y nervio óptico.

A ello se suman casi la práctica totalidad de los topógrafos de alta precisión que existen hoy en el mercado, que posibilitan la realización de mapas topográficos de la córnea del paciente y resultan muy útiles para el diagnóstico de diversas alteraciones corneales como el queratocono, en cuya investigación el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega se sitúa a la vanguardia internacional.

Cabe destacar asimismo el microscopio especular, destinado a visualizar las células endoteliales de la córnea, información que permite determinar las posibilidades de la utilización de la cirugía en el paciente. Este aparato de última generación es capaz de medir tanto la densidad de las células como la morfología, lo que hace de él uno de los más avanzados de su campo.

FUNDACIÓN DE INVESTIGACIÓN OFTALMOLÓGICA-FIO

En 2009 se puso en marcha la Fundación de Investigación Oftalmológica con el objetivo de avanzar en el conocimiento de las bases de las enfermedades que causan ceguera y alteraciones de la visión para lograr nuevas medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico. Estas son las líneas de actuación en las que trabaja en la actualidad:

- **Superficie ocular.** Trata de profundizar en el conocimiento de la superficie ocular y su respuesta a las enfermedades que la afectan, con el fin de poder dar soluciones al ojo seco, al dolor ocular o a los problemas tróficos de la córnea, así como de optimizar su prevención.
- **Neurobiología de la retina.** Profundiza en las bases moleculares de las enfermedades neurodegenerativas de la retina, que tienen en común la muerte celular y que se asocian a patologías como el glaucoma o la degeneración macular asociada a la edad.
- **Genética ocular.** Investigación sobre las bases genéticas de glaucoma, con objeto de personalizar e individualizar tratamientos basados en biomarcadores diagnósticos y terapéuticos.
- **Investigación clínica.** Con dos unidades dedicadas al estudio del segmento anterior y de la retina coordinadas.

Obesidad: un problema de salud para el SNS

EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD SE HAN CONVERTIDO EN LA NUEVA EPIDEMIA DE LAS SOCIEDADES DESARROLLADAS. PARA VENCERLA, LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y EL CONCEPTO DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD RESULTAN HERRAMIENTAS IMPRESCINDIBLES

[Por **ALMUDENA CABALLERO**]

Tan solo el tabaco ocasiona más muertes en nuestro país que el sobrepeso y la obesidad, una enfermedad que causa en Estados Unidos entre 112.000 y 365.000 muertes anuales y que, en España, está registrando un alarmante incremento de prevalencia. Estos y otros datos fueron los que se manejaron durante la jornada *Salud pública y prevención del sobrepeso y la obesidad*, celebrada recientemente en Madrid.

Tal y como Patricia Flores, viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, encargada de inaugurar el evento, señaló en su intervención: “Hablar

de obesidad es hablar de una epidemia mundial a la que España no es inmune”. Y destacó que “la obesidad constituye un factor de riesgo importantísimo para las enfermedades cardiometabólicas como la diabetes”. La viceconsejera también hizo hincapié en la importancia que tiene la Atención Primaria como precursora de la prevención, un elemento que debe ir de la mano de “una estrategia de crónicos global e integrada” y una comunicación que permita “llegar a la población, ya que si no llegamos a ellos no hay prevención alguna”, aseguró.

En ese esfuerzo por comunicarse con el paciente merecen mención especial iniciativas como las de Webdelasalud.es, portal que co-organizó la jornada junto a la Dirección General de Atención Primaria y *Medical Economics*, y que se perfila como la herramienta ideal para guiar a los pacientes en el autocuidado de su salud y para que los médicos, enfermeras y demás personal sanitario cuenten con un aliado a la hora de nutrir y mejorar el flujo de comunicación con el paciente.

EDUCAR AL PACIENTE

Precisamente, la importancia de la educación en la lucha contra la obesidad y la necesidad de un compromiso global, que incluya a profesionales médicos, docentes, autoridades políticas y, por supuesto, a la población, fue uno de los temas recurrentes de la jornada. Así, Emilia Arrébola, médico de familia del Centro de Salud Marqués de la Valdavia de Alcobendas, y Araceli Rivera, enfermera responsable de centros de la



Inauguración de la jornada con Miguel Ángel Andrés Molinero, director gerente del Hospital Universitario La Princesa; Patricia Flores Cerdán, viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid; y Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*.

LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE OBESO DESDE AP ES, A MENUDO, NEGATIVA, YA QUE CONSUME MUCHO TIEMPO Y ES DIFÍCIL OBTENER RESULTADOS

Dirección Asistencial Este, abordaron el papel de los profesionales como potenciadores de la prevención y principal fuente de conocimiento del paciente. Emilia Arrébola señalaba la “percepción negativa” que muchas veces se tiene desde Atención Primaria del paciente obeso, ya que su tratamiento supone una mayor carga de trabajo a la vez que los resultados visibles son escasos. Frente a esa negatividad solicitaba una mayor formación para los profesionales de Atención Primaria quienes, además, deben concienciarse de que ese es el nivel más adecuado para realizar prevención y que “sin educación nutricional no podremos modificar la conducta, pieza clave en la prevención del exceso de peso”.

En esa misma línea de inculcar la necesidad del autocuidado se expresó Alberto Sacristán, médico de familia y experto en actividad física, salud y calidad de vida, que incidió en la importancia del ejercicio físico y su inclusión en la vida cotidiana como hábito, ya que en el caso concreto de la obesidad como enfermedad el paciente es el responsable final de llevar a buen término el tratamiento más importante y efectivo: mantener unos buenos hábitos alimenticios y de actividad física.

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN

A lo largo de la jornada, los diferentes ponentes dibujaron una panorámica transversal del problema del sobrepeso y la obesidad en España y, en concreto, en la Comunidad de Madrid.

Basilio Moreno, jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Gregorio Marañón, destacó tanto el incremento de la prevalencia de la obesidad como su carácter de enfermedad crónica y multifactorial, señalando que en la base del problema se encuentran el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios. Además, llamó la atención sobre el hecho de que establecer criterios de control es sencillo partiendo de dos parámetros: el índice de masa corporal (IMC) y el perímetro de cintura.

Los factores epidemiológicos también fueron abordados por Carmen Suárez, jefa de Servicio de Medicina Interna del Hospital La Princesa quien se centró en las comorbilidades asociadas a la obesidad, entre las que quiso destacar, por ser un factor habitualmente poco contemplado, el mayor riesgo de padecer cáncer. Por su parte, Adela Rovira Loscos, jefa de Servicio de Endocrinología y Nutrición de la Fundación Jiménez Díaz, se

centró en el enfoque terapéutico desde el punto de vista farmacológico, destacando que “la intervención farmacológica se realiza en pacientes con IMC mayor de 30 o con IMC 27-30 y comorbilidades asociadas, cuando las medidas dietéticas y de ejercicio no han sido eficaces”. “El objetivo del tratamiento farmacológico debe ser realista y enfocarse hacia una pérdida de peso que suponga una mejoría de los factores de riesgo asociados”, añadió la endocrinóloga.



La sesión se cerró con un animado coloquio que estuvo moderado por Gonzalo San Segundo, director asociado de *Medical Economics* (segundo por la izquierda). Lo acompañaron Basilio Moreno, Alberto Sacristán y María Ordobás.

Por su parte, María Ordobás, jefa del Servicio de Epidemiología de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, facilitó los datos de prevalencia en la Comunidad de Madrid señalando que “los indicadores han empeorado, especialmente en lo referido a sedentarismo y hábitos alimentarios”. Y Belén Zorrilla Torras, coordinadora de Servicios Territorial de Salud Pública, completó la radiografía de la obesidad en la Comunidad de Madrid explicando qué estrategias de intervención se están llevando a cabo en este momento en el ámbito comunitario.

La jornada, que reunió a cerca de 200 personas, contó con el patrocinio de Novo Nordisk y la colaboración de Abbott, Sistema ABE y el Hospital Universitario La Princesa.

Medical Economics online

Consulte todas las ponencias de la jornada en MedicalEconomics.es



Ha llegado la era del paciente tecnológico

LA GRAN CANTIDAD DE INFORMACIÓN MÉDICA DISPONIBLE AHORA PARA TODO EL MUNDO ESTÁ CAMBIANDO SU FORMA DE EJERCER LA MEDICINA

[Por **ANDREW M. FREEMAN**]

Imagine que atiende a una paciente con una prueba de esfuerzo anómala que probablemente indica isquemia coronaria. La paciente trae consigo algunos datos que ha encontrado en Internet que demuestran la tasa de falsos positivos de las pruebas de esfuerzo nucleares en mujeres, y quiere saber su opinión. Tras abordar la cuestión, recomienda un cateterismo cardiaco, pero debe ausentarse para responder un mensaje.

Al regresar, descubre que la paciente ha utilizado su *smartphone* para saber qué es un cateterismo cardiaco y ahora está asustada ante los posibles riesgos. Esta situación

es posible con la tecnología actual. ¿Está preparado para tratar con esa enorme cantidad de información disponible para sus pacientes en tan solo unos segundos?

UN NUEVO DÍA EN LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN

Antes de la era de Internet y la conectividad absoluta, la información procedía casi exclusivamente de libros y publicaciones periódicas o de conversaciones y charlas directas. Como consecuencia de las poderosas tecnologías conectadas a la red disponibles en la actualidad, junto con

UNA RECIENTE ENCUESTA REVELÓ QUE OCHO DE CADA DIEZ USUARIOS DE INTERNET, O CASI EL 60 POR CIENTO DE LA POBLACIÓN ADULTA NORTEAMERICANA, BUSCAN INFORMACIÓN MÉDICA EN LÍNEA

Internet, *smartphones* y la relativa ubicuidad del acceso a Internet de alta velocidad, la transferencia de la información ha cambiado de forma considerable.

Los pacientes utilizan esta tecnología de transferencia de la información a diario para recopilar noticias, comprar, enviar correos electrónicos y, ahora, acceder a información médica. Una reciente encuesta realizada por Pew Internet and American Life Project¹ reveló que ocho de cada diez usuarios de Internet, o casi el 60 por ciento de la población adulta norteamericana, buscan información médica en línea, lo que la convierte en la tercera búsqueda más popular entre las investigadas por el proyecto, después del correo electrónico y el uso de un buscador.

Como resultado de la enorme cantidad de búsquedas que llevan a cabo muchos pacientes, se convierten en “usuarios médicos finales”, tal y como los describió elocuentemente Tom Ferguson.²

Resulta interesante que el número de búsquedas que utilizan la base de datos Medline de la Biblioteca Nacional de Medicina se haya incrementado de 7 millones en 1996 a 120 millones el año siguiente, cuando fue abierta al público. Las nuevas búsquedas se atribuyen sobre todo a personas no profesionales de la medicina.³

PACIENTES MÁS PROACTIVOS

En esta nueva era de la información, los pacientes con fácil acceso a cualquier información médica son cada vez más proactivos en su búsqueda de una buena salud y la longevidad. La tecnología móvil e Internet han ampliado el acceso de la literatura médica profesional al público profano, permitiendo que los pacientes sean más entendidos y que investiguen las enfermedades más comunes antes de visitar a su médico.

Debido a estos cambios, los pacientes pueden salir de una cita con una comprensión mucho mayor tanto de sus enfermedades actuales como de la forma de prevenir futuras complicaciones. Aproximadamente las dos terceras partes de los pacientes que buscan información médica en Internet afirman que la información obtenida mejoró su comprensión del proceso de la enfermedad que investigaron.⁴

Los profesionales de la medicina harían bien en reconocer el valor añadido de las conversaciones con pacientes bien informados y no intentar competir con ellos por el dominio de datos ni ponerse a la defensiva. De hecho, los pacientes suelen agradecer las sugerencias de recursos en línea. Según un estudio, el 67 por ciento de los pacientes de una consulta de Atención Primaria basada en la comunidad coincidió en

que los médicos deberían recomendar páginas web concretas donde se pudiera encontrar información médica.⁵

Los médicos pueden animar a los pacientes a traer consigo la información, al mismo tiempo que les asesoran sobre la calidad de las fuentes, sopesando su validez y poniendo los datos en contexto. Esto puede exigir reservar cierto tiempo para revisar la información.

Una encuesta de 2005 realizada por Pew reveló que de la población adulta norteamericana que había buscado información médica en línea un 92 por ciento aseguró que la última vez que lo hizo encontró lo que buscaba, un 81 por ciento respondió que había aprendido algo nuevo y un 88 por ciento comentó que la información que había descubierto había mejorado su forma de cuidar su salud.⁶ De aquellos que encontraron información médica en línea, un 94 por ciento aseguró que le resultó “muy fácil” o “bastante fácil”. Del 37 por ciento que habló sobre sus hallazgos con un profesional de la medicina, solo una pequeña minoría afirmó que su médico no coincidió con la información de Internet.

El 43 por ciento de los pacientes que buscan esta información en línea comentó que la última vez que lo hicieron fue para encontrar datos relacionados con sus propias enfermedades, mientras el 54 por ciento afirmó que lo hicieron para otra persona, como un hijo, padre, otro familiar o un amigo.⁷

Las redes sociales de Internet, como Facebook, Twitter, LinkedIn y Meetup permiten que médicos y pacientes se comuniquen de muchas formas novedosas. Las consultas anuncian gratuitamente sus servicios en Facebook.⁸ Con tan solo unos clics, cualquiera puede hacerse “fan” de su consulta y recibir actualizaciones sobre información médica, enterarse de cuándo está disponible la vacuna contra la gripe o incluso obtener ofertas especiales de su consulta.

Twitter permite a la gente enviar mensajes cortos o “tweets” de hasta 140 caracteres sobre lo que están haciendo. Algunas consultas escriben sobre próximos eventos, artículos sobre la conciencia de la salud u ofertas especiales.

Las redes sociales han llegado para quedarse y son muy populares. Utilizar estas herramientas para relacionarse con sus pacientes actuales y llegar a pacientes nuevos es la forma más novedosa de aumentar su consulta y su reputación.

Los *smartphones* como el iPhone de Apple y la Blackberry de Research in Motion han colocado, literalmente, el poder de

PUNTOS CLAVE

Un número creciente de médicos utiliza las redes sociales para comunicarse con sus pacientes y promocionar sus consultas.

Las personas de entre 18 y 29 años de edad son las más propensas a utilizar el teléfono móvil para acceder a información médica.

Los registros sanitarios personales permiten a los pacientes compartir sus antecedentes médicos con cualquier profesional médico con acceso a Internet.

Internet en el bolsillo del paciente. Ahora, todo está disponible de forma inalámbrica desde casi cualquier parte. Con este poder, un paciente puede comprobar la medicación que usted le ha recetado en la sala de reconocimiento o acceder a referencias de prescripción antes solo accesibles a los médicos. Además, el acceso al almacén de historiales médicos personales (PHV, por sus siglas en inglés) de los pacientes es ahora incluso más fácil tanto para médicos como para pacientes, lo que permite una transferencia de información más eficaz durante una cita.

El informe de octubre de 2010 realizado por Pew Internet and American Life Project, antes mencionado, reveló que el 85 por ciento de los norteamericanos utiliza el teléfono móvil y que un 17 por ciento de los usuarios de teléfonos móviles (o el 15 por ciento de la población norteamericana) utiliza sus dispositivos para acceder a información médica, una tendencia con grandes implicaciones para la relación entre médico y paciente. Según este mismo estudio, las personas de entre 18 y 29 años de edad son las que más utilizan sus teléfonos para acceder a este tipo de información. A medida que esta población envejezca, sus expectativas de conectividad a los recursos médicos provocarán un mayor uso de los dispositivos para este tipo de búsquedas.

HISTORIAL MÉDICO ELECTRÓNICO

El registro electrónico del historial médico (EHR, por sus siglas en inglés) permite que los médicos accedan, almacenen y organicen las citas, pruebas e imágenes de sus pacientes en un único interfaz de fácil acceso. También permite que los pacientes tengan un acceso sin precedentes a sus historiales, correspondencia y pruebas de laboratorio. El resultado es que los pacientes reciben una mejor atención, más rigurosa y directa.

Algunas consultas permiten que sus pacientes, mediante un registro seguro, accedan a los resultados de sus últimas pruebas desde su propio ordenador. Otras permiten que los pacientes soliciten medicamentos ya recetados, mantengan una correspondencia con médicos y enfermeros o paguen sus facturas médicas.

Los EHR también pueden mejorar la atención al paciente al llevar a cabo una comprobación automática de las interacciones farmacéuticas, recordar a los médicos las exploraciones pendientes y ayudarles a dispensar una atención de calidad regida por las directrices. La *e-prescribing* ha reducido los errores farmacológicos considerablemente. Ammenwerth *et al.* realizaron una revisión sistemática de la literatura médica existente sobre la *e-prescribing*. En ella concluyeron que de los 25 estudios que analizaron los efectos sobre la tasa de errores farmacológicos, 23 revelaron una reducción del riesgo relativo del 13 por ciento hasta el 99 por ciento. Seis de los nueve estudios que analizaron los efectos sobre efectos secundarios potenciales revelaron una reducción similar. Cuatro de los siete estudios que analizaron el efecto sobre los efectos secundarios demostraron una reducción considerable del riesgo relativo del 30 por ciento hasta el 84 por ciento.¹⁰

Sin duda, la *e-prescribing* ha ayudado a autorizar a los pacientes a obtener el fármaco adecuado a la primera. Con

muchos servicios de *e-prescribing*, la farmacia puede dispensar o bien recordar al paciente que debe recoger su medicación, ayudando a mejorar la adherencia a la terapia.

Muchos planes sanitarios importantes, muy en particular Kaiser Permanente, han integrado sus páginas webs y EHR para permitir que los pacientes consulten de forma segura a enfermeros, médicos y demás. Los pacientes también pueden solicitar fármacos ya recetados, explorar opciones de tratamiento y programar citas, todo en tan solo unos clics. No obstante, el correo electrónico para comunicarse con los profesionales está limitado, ya que según algunas estimaciones los pacientes que optan por este medio son menos del 10 por ciento.¹¹

El servicio de historiales médicos personales (PHR, por sus siglas en inglés) o el PHV se utilizan cada vez más, aunque su uso no está aún generalizado. El PHR es una aplicación informática que almacena la información médica personal de una persona. Empresas como Microsoft, WebMD y Google han creado PHV, que permite que los pacientes almacenen sus propios historiales médicos, recetas, lecturas de presión arterial y resultados de laboratorio.

De los pacientes encuestados, la amplia mayoría opinó que tener un PHR sería beneficioso y que era necesario para ayudar a ofrecer una atención de alta calidad.¹² Algunos proveedores también han empezado a incorporar protocolos de gestión del paciente y objetivos individuales del paciente en sus PHR, que han llegado a ser tan populares que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y el de Cirugía General fomentan su uso.¹³

El PHR permite que el paciente se mantenga al día de su propio historial médico y que lo comparta con su médico. Gracias a esta innovación, los pacientes pueden asegurarse de que cualquier médico con acceso a Internet tenga sus pruebas, citas e historiales redactados por ellos mismos disponibles siempre que los necesite, sobre todo en situaciones de urgencia. Además, gran parte de los PHR permiten la búsqueda de enfermedades médicas, de forma que los pacientes pueden conocer mejor sus propias dolencias y tratamientos.

PELIGROS DE LA ERA DE LA INFORMACIÓN

Aunque el crecimiento de la tecnología personal y el resultante fácil acceso a la información han aportado muchos beneficios, también han creado ciertos riesgos tanto para los médicos como para sus pacientes. Algunos son:

■ **Calidad de la información.** La calidad de la información y las fuentes disponibles en Internet son muy variables¹⁴ y, por tanto, precisan mayor verificación y debate con los pacientes. La compra de suplementos y nutracéuticos sin beneficios probados, así como la búsqueda de pruebas innecesarias y a menudo peligrosas, puede ser la consecuencia del acceso de los pacientes a los datos sin la orientación de un médico de confianza. El formato patentado en el que muchos PHR y EHR almacenan los datos también es causa de preocupación, ya que puede provocar una falta de

interoperabilidad o la transferencia de información en otros formatos y plataformas de otros proveedores.¹⁵

- **Confidencialidad.** Mantener la confidencialidad con historiales accesibles electrónicamente, sigue siendo una tarea complicada. Al igual que un médico puede investigar el cuadro de un paciente en tan solo unos clics, también puede hacerlo un pirata informático. Como resultado, las mejoras continuas en seguridad, codificación y verificación de la identidad son necesarias.
- **Comunicación inadecuada.** La mayor parte de los expertos coincidirían en que los correos electrónicos no deberían utilizarse nunca para notificar a un médico sobre una cuestión de salud importante, como dolor pectoral, derrame cerebral o síncope, por la posibilidad de que el médico no vea el correo a tiempo de responder de forma coherente. Además, suele ser mejor tratar los diagnósticos complicados, las malas noticias y las conversaciones difíciles en persona.¹⁶
- **Acceso desigual a la tecnología.** Con todo el poder y la comodidad que disfrutan un paciente y un médico conectados, muchas personas simplemente no poseen la capacidad, el poder adquisitivo o la voluntad de utilizar la tecnología.¹⁶ El resultado es un acceso desigual, un hecho que los médicos deben tener en cuenta en sus encuentros con los pacientes. En muchos estudios, la educación y la raza son importantes indicadores sobre la conducta de búsqueda de información médica en Internet.^{17,18}

La era digital ha llegado para quedarse. Con la increíble comodidad de la rapidez, y el factible uso diario de la tecnología, sus pacientes están cada vez más conectados digitalmente. Por tanto, prepararse para relacionarse con ellos electrónicamente y responder preguntas directas basadas en la búsqueda en Internet sólo mejorará su consulta.



Freeman es director de Sistemas de Información de Cardiología, Cardiología Nuclear y Monitorización Ambulatoria en National Jewish Health en Denver, Colorado. Walsh es directora médica de Insuficiencia Cardíaca, Trasplante de corazón y Cardiología Nuclear

en St. Vincent Heart Center of Indiana en Indianápolis, Indiana. Los autores desean agradecer los esfuerzos del Grupo de Trabajo de Atención Médica Centrada en el Paciente del Colegio Americano de Cardiología.



REFERENCIAS

1. Pew Research Center's Internet and American Life Project. *Health Topics: 80 por ciento of Internet users look for health information online.* February 1st 2011. http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2011/PIP_HealthTopics.pdf. Accessed February 17, 2011.

2. Ferguson T. *From Patients to End Users.* *British Medical Journal* 2002;324:555-556

3. Sieving PC. *Factors driving the increase in medical information on the web—one American perspective.* *J Med Internet Res.* 1999 Aug 11;1(1):e3. doi: 10.2196/jmir.1.1.e3. <http://www.jmir.org/1999/1/e3/>

4. Baker L, Wagner T, Singer S. et al. *Use of the Internet and E-mail for Health Care Information: Results from a National Survey.* *JAMA* 2003;289(18):2400-2406.

5. Diaz JA, Sciamanna CN, Evangelou E, et al. *Brief report: What types of Internet guidance do patients want from their physicians?* *J Gen Intern Med* 2005; 20:683.

6. The Pew Internet and American Life Project. Trends 2005. *Internet: The mainstreaming of online life.* <http://pewresearch.org/assets/files/trends2005-internet.pdf>. Accessed May 23, 2010.

7. Ferguson T. *Online patient helpers and physicians working together: a new partnership for high quality health care.* *BMJ* 2000;321:112932.

8. Pollard Brett. *5 of the Best Facebook Medical Practice Fan Pages.* <http://www.alertpresence.com/2010/02/08/5-of-the-best-facebookmedical-practice-fan-pages/>. Accessed November 15, 2010.

9. Steinbrook R. *Personally Controlled Online Health Data —The Next Big Thing in Medical Care?* *N Engl J Med* 358;16:1653-1656.

10. Ammenwerth E. *The Effect of Electronic Prescribing on Medication Errors and Adverse Drug Events: A Systematic Review.* *J Am Med Informatics Assoc.* 2008;15:585-600.

11. Boukus ER, Grossman JM, O'Malley A. *Physicians Slow to E-mail Routinely with Patients. Issue 134.* at <http://www.hschange.com/CONTENT/1156/>. Accessed February 17, 2011.

12. Jossi F. *Personal Health Records.* *Health Care Informatics:* Feb 26. <http://www.healthcareinformatics.com/ME2/dirmod.asp?sid=&nm=&type=Publishing&mod=Publications%3A%3AArticle&mid=8F3A7027421841978F18BE895F87F791&tier=4&id=EE422BC40AF44E22B59FE9DA1A178C8C> accessed 5/23/2010.

13. *Surgeon General with Microsoft HealthVault Expands Consumer Benefits for the My Family Health Portrait Offering.* <http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/02/20100224a.html>. Accessed May 20, 2010.

14. Eysenbach G. *Towards the Millennium of Cybermedicine.* *J Med Internet Res.* 1999 Jul-Sep; 1(suppl1): e2. Published online September 19, 1999

15. Raisinghani MS, Young E. *Personal health records: key adoption issues and implications for management.* *Int. J. Electronic Healthcare,* 2008; Vol. 4, No. 1, pp. 67-77.

16. Mandl KD, Kohane IS, O'Malley AM. *Electronic Patient-Physician Communication: Problems and Promise.* *Ann Int Med.* Volume 129(6), September 15, 1998 pp 495-500. Dickerson S, Reinhart AM, Felley TH et al. *Patient Internet Use for Health Information at Three Urban Primary Care Clinics.* *Journal of the American Medical Informatics Association.* 2004;11(6):499-504.

17. Diaz, J. *Patients. Use of the Internet for Medical Information.* *J Gen Intern Med* 2002;17:18-185. *ModernMedicine.com MedicalEconomics.com* March 25, 201



Steve Dudley reflexiona sobre su carrera como médico de familia con preocupación, orgullo y optimismo por su hijo, estudiante del curso preparatorio para ingresar en la facultad de Medicina, que espera seguir los pasos de su padre.



Carta abierta a mi hijo, preuniversitario de Medicina

UN MÉDICO DE FAMILIA ACONSEJA Y ANIMA A SU HIJO ASPIRANTE
A MÉDICO

[Por **STEVE DUDLEY**]

Querido Daniel:
Como dijeron The Beatles, “hoy leí el periódico, madre mía... y aunque la noticia era bastante triste. Bueno, tuve que reírme”. Ahí estaba, otro artículo destacando que los médicos sufren depresión, desgaste laboral, ideas suicidas y una menor calidad de vida con mayor frecuencia que los miembros de la población general de la misma edad.

Sí, hijo mío, todavía te queda un trecho. ¿Estás seguro de no querer replanteártelo? Después de todo, hay formas más sencillas de ganar dinero, ¿no crees? Aún no es tarde para echar el freno y emplear de otro modo tus muchos talentos. Y sí, igual que la canción, tengo que reírme porque llorar duele demasiado, al pensar en el largo camino que tienes por delante.

No hay duda, la vida en la medicina puede ser difícil. Recuerdo mis años de estudiante. Entonces era duro, quizá algo más duro, porque naciste tú y tuve que compaginar

mi papel de marido y padre de dos niños pequeños con las exigencias de la facultad de medicina y la residencia. A mis residentes y médicos supervisores les importaba muy poco mi vida fuera del hospital, y tampoco les preocupaba lo más mínimo que mi hijo acabara de caer enfermo con fiebre en la guardería de la señorita Laurie.

Hablando de eso, el otro día aprendí una palabra: “presentismo”. Gran palabra. Significa ir al trabajo aun estando enfermo. Una vez trabajé con un médico de urgencias que había pillado un virus intestinal. Hablé con uno de los enfermeros para que le conectara a una bolsa de fluido intravenoso, que llevaba a cuestras en una pequeña barra con ruedas de una habitación a otra para poder seguir atendiendo a sus pacientes. No iba a permitir que unas insignificantes náuseas y diarreas se interpusieran en su camino.

Cualquier persona racional se preguntará quién estaría dispuesto a aguantar todo esto: los años de estudio, la satisfacción postergada, vivir en el umbral de la pobreza tanto tiempo, arriesgar el matrimonio y las relaciones personales por perseguir el sueño de la medicina... Y luego, después de haberte enfrentado a todas esas cosas, sales mal preparado para hacer frente a nuevos enemigos: dominar el ICD-9, que pronto será el ICD-10, códigos, aseguradoras, el trabajo administrativo, llevar un negocio. Es realmente abrumador.

Entonces, ¿por qué lo aguantas? Bueno, resumiendo, se trata del maldito mejor curro posible, por eso. Frente al desgaste laboral, el aislamiento y el estrés de dirigir una consulta, no hay nada que pueda competir con la satisfacción de ejercer la medicina. Puede que llegue a casa cansado y agotado de atender a tantas personas heridas, pero me inunda una paz interior, a menudo con mayor intensidad en los días más duros. Viene de poder tomar una posición más objetiva y reflexionar sobre mi día, descansando en la tranquila seguridad de que realmente estoy haciendo algo bueno, paciente a paciente.

¿Por dónde empiezo? Bien, para empezar, está Frankie, que cuando tenía siete años de edad empezaba a llorar cada vez que yo entraba en la sala. En la actualidad, chocamos palmas y dice que soy el mejor médico del mundo. Su niñera tuvo una crisis febril y él estaba seguro de que yo cuidaría bien de ella. También está Gert. Con 104 años de edad, es mi paciente más anciana. Con un brillo en los ojos y esa sonrisa tan suya, siempre me levanta el ánimo. El Sr. Connors sufrió un accidente cerebrovascular. A los 51 años. Fue totalmente inesperado, pero ocurrió. Aunque mantiene una buena relación con su neurólogo, cuenta conmigo para ayudarle a navegar a través del laberinto de desafíos sanitarios que le han arroyado como un tren de mercancías.

Una y otra vez, yo entraba en su habitación y sin hacer ruido cerraba la puerta. Tras algunas bromas amistosas sobre cuestiones importantes como el pésimo cultivo del tomate

de ese año, los mejores puntos de pesca, los paseos en bicicleta y cómo iban mis queridos Pumas de Washington (normalmente no muy bien), cambiaba de tema para abordar el motivo de mi visita.

“¿Cómo va todo hoy?”

Ahí es cuando todo se vuelve magia. El tiempo se detiene (o al menos debería). Para mí es un honor que los pacientes me confíen su salud, fiándose de mi capacidad para ayudarles durante todo el camino hasta alcanzar el bienestar. Y, al final del día, puedo mirar atrás y decir, sí, realmente he hecho algo bueno en mi rincón del mundo de Atención Primaria. Desde luego, abrir con lanceta los abscesos, tratar hongos en las uñas de los pies o luchar contra la hipertensión y la diabetes no es algo glamuroso ni llamativo, pero es una profesión necesaria y yo me siento orgulloso de formar parte de ella.

Y cuando pienso en tus aspiraciones de entrar en medicina, me enorgullece que hayas elegido seguir mi profesión. Sé que

tienes la compasión y el talento para llegar a ser un médico excelente y humanitario. Me acuerdo de cuando cuidaste la quemadura de mi espalda después de que mi camiseta se prendiera fuego (¿cómo iba a saber que la vela estaba tan

cerca?). Meticulosamente me limpiaste la herida, con cuidado retiraste los fragmentos de camiseta quemada que habían quedado en la carne con el mimo y la paciencia de un profesional experimentado. Sentí tu tacto curativo, aun entonces. Y cuando decidí diseccionar aquel pescado que te habías encontrado en la playa, tú le cosiste la barriga como un auténtico cirujano.

Por supuesto, esto no quiere decir que las cosas vayan a ser pan comido. Te quedan muchos años de trabajo duro y noches en vela por delante. Recuerdo mis años de estudiante cuando sonaba el despertador, marcando el comienzo de un nuevo día. Sí, es hora de levantarse y empezar otra vez, con o sin cansancio.

Serás muy bueno en tu trabajo, no me cabe duda. Tu pasión por aprender obtendrá su recompensa en una profesión en la que siempre hay nuevas fronteras que explorar (lo llamamos formación médica continua). Espero retirarme y ver cómo te conviertes en el excelente joven médico que estás destinado a ser, y te doy la bienvenida como futuro colega.

Nunca seré famoso y dudo que tú lo seas algún día. Pero puedo prometerte que tu vida en la medicina será igualmente desafiante, estimulante y gratificante. ¿Qué más se le puede pedir a una profesión?

Buena suerte, Daniel. Lo harás muy bien. De eso estoy seguro.

Con cariño, papá.

El autor es médico de familia en Seattle, Washington. Envíe sus comentarios a medeconomics@drugfarma.com.

NO HAY NADA QUE PUEDA COMPETIR CON LA SATISFACCIÓN DE EJERCER LA MEDICINA



Por **OFELIA DE LORENZO APARICI**

Respuestas a sus preguntas sobre...

Contrato de aprendizaje y formación

Entre las medidas contenidas en el Real Decreto Ley 10/2011, de 26 de agosto, en vigor, destaca el nuevo contrato para el aprendizaje y la formación ¿Cuál es su objetivo?

El nuevo contrato para el aprendizaje y la formación pretende mejorar las oportunidades de empleo y formación de los jóvenes en situación de desempleo, modificando en consecuencia el apartado 2 del artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores y derogando el actual contrato para la formación.

Este contrato tiene por objeto la cualificación profesional de los trabajadores en un régimen de alternancia de actividad laboral retribuida en una empresa, con actividad formativa recibida en el marco del sistema de formación profesional para el empleo o del sistema educativo. Se podrá realizar con trabajadores mayores de 16 años y menores de 25 años sin cualificación profesional; es decir, que no tengan el título de ESO o que, aún teniéndolo, carezcan de título universitario, de formación profesional o un certificado de profesionalidad.

¿En qué condiciones se tiene que realizar dicho contrato?

El contrato de trabajo es con la totalidad de derechos laborales y de protección social. La jornada laboral será del 75 por 100 de la habitual en la empresa, sin que pueda realizar horas extraordinarias, salvo aquellas derivadas de fuerza mayor, ni realizar trabajos nocturnos ni a turnos, recibiendo el trabajador la correspondiente formación teórica en régimen de alternancia con el trabajo efectivo retribuido. El resto del tiempo se dedicará a actividades formativas en un centro destinado a este fin.

Su duración mínima será de un año y la máxima de dos. Podrá prorrogarse un año más en función del proceso formativo del trabajador, teniendo derecho a toda la acción protectora de la Seguridad Social, incluida la protección por desempleo, y del Fondo de Garantía Salarial (FOGASA).

Finalizada la duración del contrato no se podrá formalizar uno nuevo de este tipo con el mismo trabajador en la misma o distinta empresa. La retribución se fija en proporción al tiempo de trabajo efectivo en base a lo establecido en el convenio colectivo de aplicación, sin que en ningún caso la misma pueda ser inferior al salario mínimo interprofesional en proporción al tiempo de trabajo efectivo.

¿Dónde se ha de realizar la formación de este tipo de contratados?

La formación se deberá impartir en un centro formativo previamente reconocido para ello por el sistema nacional de empleo, debiendo estar relacionada con la actividad laboral. Se mantiene la prohibición de impartir la formación teórica en el mismo puesto de trabajo. Las actividades formativas deberán iniciarse en el plazo máximo de cuatro meses a contar desde la celebración del contrato. La única excepción se centra en el caso de que el trabajador no tenga la ESO. En este caso la formación se centrará en la consecución de esta titulación.

¿Existen algunas ventajas para el empresario a la hora de convertir los contratos de aprendizaje y formación?

Para favorecer su conversión en contratos indefinidos, las empresas tendrán derecho a una reducción de la cotización social de 1.500 euros anuales durante tres años (1.800 euros anuales en caso de contratar a mujeres), cuando a su finalización el contrato para la formación y el aprendizaje se transforme en un contrato indefinido y suponga creación de empleo fijo en la empresa.

PUNTOS CLAVE

El contrato de aprendizaje se podrá realizar con trabajadores mayores de 16 años y menores de 25 años sin cualificación profesional

Las empresas tendrán derecho a una reducción de la cotización social de 1.500 euros anuales durante tres años

XX^{as} JORNADAS
INTERNACIONALES

MEDITERRANEA

DE
CONFRONTACIONES
TERAPEUTICAS
EN MEDICINA
Y CIRUGIA
COSMETICA



18 a 20 de Mayo 2012 • Hotel Meliá Sitges • SITGES - BARCELONA



Por **CARMEN FERRER ANEDO** y **CLAUDIA FERNÁNDEZ PICIOCHI**

Cronicidad, el día más importante es hoy

Los problemas de salud en el siglo XXI se centran hoy no solo en generar servicios que resuelvan afecciones agudas o situaciones de urgencia para salvar vidas, sino que es preciso trabajar con proyectos que aborden de diferentes maneras cómo enfocar los servicios para que realmente sean resolutivos y a un coste aceptable.

Esto significa que tienen que ser capaces de afrontar el objetivo de visualizar y organizar un sistema de salud que llegue también a los enfermos crónicos. Este es el reto más importante del momento actual y del futuro.¹

La realidad de los servicios de salud vive un cambio de paradigma marcado por el paso de curar (agudos) a cuidar (crónicos). Pasa de centrarse en el médico para optar por enfoques interdisciplinares, que permitan un abordaje apoyado en estrategias de cuidado y de autocuidado de los pacientes e incorporando como claves otros aspectos como el conocimiento disciplinar del cuidado que aporta la enfermería.²

En este sentido, un problema crónico como es la diabetes permite generar un espacio reflexivo y de visión en el cambio para el abordaje de la cronicidad. La enfer-

medad como problema facilita pensar en la necesidad de impulsar un modelo holístico en el cual el éxito viene definido por intervenciones de un equipo sanitario transdisciplinario con responsabilidades compartidas. A la vez exige responsabilidades específicas de cada uno de los miembros que lo constituyen, en el cual la persona con diabetes es un integrante activo de este equipo dado que toma el 98 por ciento de las decisiones diarias.

distintos tipos de pacientes, tal y como se representa en el modelo de la pirámide de Kaiser:⁴ a la población general se le da consejo e información sobre hábitos saludables; a personas en riesgo de desarrollar diabetes (prevención primaria), diagnosticados en riesgo de desarrollar complicaciones (prevención secundaria) o con riesgo de evolución de complicaciones crónicas (prevención terciaria), se les acompaña como entrenador para que ellos alcancen

autonomía y consigan ser expertos en su autogestión, y por último, en el vértice, ante casos complejos, ejerciendo como gestores de casos.

LO APRENDIDO CON LA DIABETES ES DE APLICACIÓN A CUALQUIER PROBLEMA CRÓNICO QUE SE PRESENTE

Los profesionales pasan a un segundo plano, sin embargo, cada uno asume su especificidad: el médico diagnostica, trata e informa para compartir decisiones con el paciente y la enfermera cuida, acompaña en el proceso y entrena en las estrategias para ganar en autocuidado y conseguir la autonomía del paciente.

En este modelo paradigmático el rol de enfermería es clave.³ Sus competencias profesionales son una de las herramientas fundamentales para la gestión de los

distintos encuentros de gestores del mundo táctico y operativo surge la idea de establecer un espacio de aprendizaje donde compartir las mejores experiencias a nivel de gestión sanitaria. Así nace el Foro Gerendia, un modelo de colaboración público-privado entre Abbott Diabetes Care, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, cuyo objetivo es compartir conocimiento y buscar las mejores prácticas en el mundo de la meso-

FORO GERENDIA

Con este escenario y ante las demandas observadas en

los distintos encuentros de gestores del mundo táctico y operativo surge la idea de establecer un espacio de aprendizaje donde compartir las mejores experiencias a nivel de gestión sanitaria. Así nace el Foro Gerendia, un modelo de colaboración público-privado entre Abbott Diabetes Care, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, cuyo objetivo es compartir conocimiento y buscar las mejores prácticas en el mundo de la meso-

ANDE

Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

gestión para contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario. Todo esto a través del desarrollo de un espacio donde presentar prácticas aplicadas a la gestión de la cronicidad y, en concreto, experiencias de gestores ante un problema tan relevante y concreto como es la gestión de la diabetes.

Cabría preguntarse: ¿por qué de todos los problemas crónicos, las experiencias con la diabetes son de especial interés en el Foro Gerendia?⁵ Es sencillo de responder: por la magnitud, el volumen de personas afectadas; porque tras él se encuentra una problemática que afecta a todos los estratos sociales, a todas las edades; y porque de su mano es más fácil recorrer los escalones que la pirámide de Kaiser presenta. Además, la diabetes es una patología que abarca todo el abanico de posibilidades que, para los gestores, es imprescindible tener en cuenta a la hora de planificar estrategias por la complejidad que esta situación genera desde el punto de vista clínico, de la enseñanza del autocuidado y del trabajo de entrenamiento para conseguir un paciente experto al que acompaña su enfermera en el proceso. Lo aprendido con la diabetes es de aplicación a cualquier problema crónico que se presente y esta es una de las fortalezas de Gerendia.

Es importante insistir en que en la diabetes las decisiones deben basarse en el conocimiento de la patología, entendiendo el impacto de las decisiones, valorando los riesgos y apostando por un saludable

retorno de la inversión. Para la mesogestión se trata de más ganancia de salud por euro gastado, teniendo en cuenta que alrededor del 70 por ciento de los afectados son personas en plena edad productiva.

En la gestión de la diabetes el día más importante es hoy y cada día el control metabólico de los pacientes cuenta. Por tanto, se requiere tomar las mejores decisiones basadas en la evidencia disponible, desmontar los mitos alrededor de la diabetes, sobre todo en lo que a acciones de la vida cotidiana se refiere, estrategias terapéuticas y la utilización racional de recursos sanitarios y sociales.

Es preciso y esta es la base de debate del Foro Gerendia, que se pueda trabajar desde diferentes dimensiones de la calidad. En primer lugar, con la calidad científico-técnica: hay que hacer lo que realmente tiene utilidad y, si no hay respuestas, estamos obligados a preguntarnos por qué y a buscarlas a través de la investigación. En segundo lugar, desde la satisfacción de los pacientes hay que apostar por su calidad de vida que está en relación con tener en cuenta sus valores, sus temores, su incertidumbre y su cotidianidad. También, desde la dimensión de la seguridad, y esta se gana con pacientes bien entrenados, que preguntan y que conocen su enfermedad y sus riesgos. Una dimensión que en ocasiones se olvida es la aceptabilidad, es decir, que de los servicios e intervenciones que se

pueden ofertar, se seleccionen aquellos que son más eficientes. Solo entonces trabajaremos por la sostenibilidad de los sistemas y en la proporcionalidad de la inversión en recursos. Esto es lo que Gerendia comparte: experiencias que nos permitan dar una respuesta a un problema visto con nuevos ojos.

Para más información:

1. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Julio 2010 <http://cronicidad.blog.euskadi.net/proyecto-estrategico/>
2. Ferrer Arnedo, C. *Liderazgo enfermero en la gestión de la cronicidad*. Editorial Revista Metas de Enferm Octubre 2011
3. *Papel de la Enfermería de AP*. Documento de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Febrero 2009 http://www.semap.org/docs/enfermeria_atencion_primaria.pdf
4. Kaiser-Permanente. (2009). URL: <https://www.kaiserpermanente.org/>
5. Documento *La Gestión en Diabetes desde la Mesogestión*. Anuario Gerendia 2011.

Sección patrocinada por:



Carmen Ferrer Arnedo es directora gerente del Hospital de Guadarrama. Claudia Fernández Piciochi es gerente de Gestión Sanitaria Iberia de Abbott.



Por ÓSCAR GIL GARCÍA

La revolución del 'mhealth'

El continuo discurso en los últimos años del importante papel que pueden representar las tecnologías de información en la sanidad del futuro para ayudar a afrontar los retos de sostenibilidad, eficiencia y calidad asistencial, y la potencia del uso de herramientas como los sistemas de telemonitorización o lo que se ha dado en llamar teléfonos inteligentes o *smartphones*, hace que, como en cualquier revolución tecnológica, aparezca previamente a la misma, unos años de escepticismo generalizado, como consecuencia de unas expectativas que tardan demasiado en cumplirse.

Recientemente en PwC hemos realizado un informe, dirigido por PwC India, en el que se analiza el futuro del *mhealth* con unos resultados francamente sorprendentes.

La principal palanca de esta revolución es y será la gran penetración de *smartphones* y tabletas como el iPad. Por situarlo en términos numéricos, el iPhone, que se lanzó en 2007, consiguió cerca de diez millones de dispositivos vendidos el primer año a nivel mundial, y más de treinta el segundo. Por otro lado, el iPad, lanzado en 2010, tuvo un crecimiento en número de unidades vendidas algo más bajo los dos primeros años, hasta la cifra de diez millones aproximadamente, pero ya se está viendo que la curva de crecimiento será tan agresiva como la del iPhone.

Desde el punto de vista de aplicaciones para iPhone y iPad, resulta revelador comparar el mercado actual y futuro de las aplicaciones de *mhealth* con las de música, masivamente extendidas, como

el iTunes. El mercado de descarga de música digital, que comenzó su andadura en el 2002, tuvo un crecimiento por fases, con un incremento lento durante los tres primeros años, momento en el que el cual, apareció la versión de iTunes para Windows, que supuso un punto de inflexión en su curva de crecimiento. Un año después, el congreso de Estados Unidos, comenzó a lanzar una serie de iniciativas contra la piratería informática y las descargas ilegales (*Copyright Modernization Act of 2006, Design Piracy Prohibition Act, 2006, International Intellectual Property Protection and Enforcement Act of 2008*, etcétera), que supuso al mismo tiempo sucesivos puntos de inflexión al alza en la curva de beneficios obtenidos para las plataformas legales como el iTunes.

Si comparamos este mercado con el crecimiento de las aplicaciones de *mhealth* en sus primeros años, hay dos aspectos que llaman poderosamente la atención. En primer lugar, el crecimiento del mercado de aplicaciones para *mhealth* a nivel mundial es mucho más rápido, así, desde el 2010, está creciendo a un ratio de beneficios de más del doble que el que en su día tuvieron las plataformas de música digital. Por otro lado, que ese crecimiento no es solo más rápido, sino que es sostenido, es decir, que aún no han aparecido catalizadores que, como en el caso de la música, den nuevos impulsos al alza en este ritmo de crecimiento.

La clave está en que la penetración de estos dispositivos inteligentes es cada vez mayor, y como ocurrió con la telefonía móvil convencional, acabarán adoptán-

dose de forma masiva. Otra de las claves es que están apareciendo multitud de aplicaciones que, aprovechando la tecnología avanzada de estos dispositivos, pueden por sí mismas prestar servicios relacionados con la salud sin necesidad de otros aparatos complementarios. Un ejemplo de ello es la aplicación *Vital Sign de Royal Philips*, que se descarga directamente del *App Store* y que permite medir la frecuencia cardiaca simplemente situando el iPad frente al rostro, a partir de pequeños cambios en el color de la cara que no son visibles al ojo humano, pero que la cámara del dispositivo sí que detecta.

Esta y otras aplicaciones podrán ser utilizadas en todo el proceso, desde el *wellness*, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, y por supuesto para la realización de trámites más administrativos como la obtención de cita o la localización de centros.

A la vista de este estudio y de los datos comparativos que arroja en su curva de crecimiento, no hay lugar a dudas de que lo que se ha empezado a denominar *mhealth* será revolucionario en los próximos años, y proporcionará importantes mejoras en términos de comodidad a los pacientes, calidad asistencial y sobre todo, eficiencia, ayudando a potenciar los primeros eslabones de la cadena de valor, como son la prevención y el seguimiento.

PUNTOS CLAVE

El mercado de aplicaciones para *mhealth* está creciendo a un ratio de beneficios de más del doble que el que en su día tuvieron las plataformas de música digital

Están apareciendo multitud de aplicaciones que pueden prestar servicios relacionados con la salud sin necesidad de otros aparatos complementarios

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





Circuito de Profesionales de la Comunidad Valenciana

Carlos Aguilar gana el torneo

Por su parte, Paolo Urso y Carmen Gilgadohan fueron los triunfadores del I Puntuable de Alumnos del Centro Nacional de Golf.

El Club de Campo del Mediterráneo ha sido testigo de la apertura del Circuito de Profesionales de la Comunidad Valenciana al acoger el primer torneo de la temporada 2012. Fueron 39 jugadores profesionales los que tomaron parte en una prueba que se vio acompañada por unas magníficas condiciones climatológicas y un estado del campo excelente.



Carlos Aguilar, ganador del torneo.

El alicantino Carlos Aguilar, presente siempre en los puestos de cabeza, no quiso ser menos en este comienzo y se apuntó la primera victoria del año.

El de La Marquesa entregó una tarjeta con 67 golpes, cinco bajo par. A dos golpes finalizaría el jugador local y ganador de la Orden del Mérito de la CV 2011, Carlos García Simarro, con 69, mientras que Dani Alonso fue tercero con 71. Mención

especial merece el jugador *amateur* Rafa Culla que empleó 72 golpes, el par del campo, para terminar en la cuarta plaza junto a Jordan Gibb, ganador de la pasada final 2011 y José María Buendía, que fue el mejor *senior*.

I PUNTUABLE DE ALUMNOS

Paolo Urso y Carmen Gilgado han sido los ganadores del I Puntuable de Alumnos disputado el pasado mes de febrero. Cincuenta y seis alumnos del Centro Nacional de Golf se dieron cita en esta primera competición, que se disputó a 18 hoyos en un día duro por las bajas temperaturas y el viento.

Paolo Urso se impuso entre los caballeros con 39 puntos *stableford*, tras una accidentada primera vuelta que supo enmendar en los nueve siguientes hoyos. Aventajó en un punto *stableford* a Jaime Benito Barrientos, ganador *scratch* de la prueba y uno de los favoritos, junto con Sigot López Ferrer.

La clasificación femenina tuvo como ganadora a Carmen Gilgado Barrado, una de las jugadoras con mayor *hándicap* de la prueba, que finalizó con 38 puntos *stableford* y se colocó así por delante de jugadoras del equipo del Centro Nacional de Golf, como Tatiana Presmanes, Ana Simón de Miguel o Teresa López Moreno, con 37, 36 y 34 puntos netos, respectivamente.

Cuarta edición del Banesto Tour Femenino

El Banesto Tour de Golf Femenino continúa su andadura. Esta temporada cumple su cuarta edición con la celebración de siete torneos, que se disputarán, entre abril y noviembre, en Aragón, Madrid, Cataluña, Asturias, Cantabria y Valencia. El de Andalucía, primera prueba, ya se celebró del 1 al 3 de este mes de marzo en el recorrido del Parador Málaga Golf, donde, en 2009, Laura Cabanillas se proclamó campeona, subiendo a un podio cien por cien andaluz. Lo completaron Marta Prieto y Ana Belén Sánchez.

Del 18 al 21 de abril, el Club de Golf La Peñaza albergará la segunda prueba.

En Zaragoza, en el 2010, Carmen Alonso se impuso a Itziar Elguezábal tras disputar un hoyo de *play-off*. Este torneo será puntuable para el Letas (*Let Access Series*). La tercera prueba del circuito tendrá lugar en mayo y volverá a celebrarse en un campo madrileño; y del 27 al 29 de junio, el Banesto Tour viajará por cuarto año a Cataluña, aunque esta vez el escenario elegido será el Club de Golf Terramar, en Sitges.

Igualmente repite como sede el Real Club de Golf de La Barganiza, donde se celebrará el quinto torneo del 26 al 28 de julio. Fue en el campo asturiano donde la italiana Margherita Rigon conquistó el título en 2009, superando por un golpe a la *amateur* local Inés Díaz-Negrete. El Banesto Tour se trasladará a Cantabria del 11 al 13 de octubre, y la final, que será valedera para ambos circuitos: el Banesto Tour y el Letas se disputará del 7 al 10 de noviembre en el Club de Golf Escorpión, en Bétera (Valencia).

PROGRAMA AAP 2012

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



PRÓXIMOS CURSOS

SEVILLA

19 de abril

Hotel NH Centro Convenciones

VALENCIA

26 de abril

Hotel Meliá Valencia Palacio de Congresos

BARCELONA

15 de mayo

Hotel Fira Palace

ZARAGOZA

31 de mayo

Auditorio Palacio de Congresos

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com

**LIVEMED**[®]

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

I+D+T

(Somos innovación)

Para que vivas con la tranquilidad de saber que tu salud está en las mejores manos.

Innovamos aplicando las tecnologías más avanzadas en diagnóstico, tratamiento y cirugía, porque queremos que nuestros pacientes disfruten de una atención sanitaria de excelencia.

De ahí, nuestra apuesta por la **investigación**, la **docencia** y el **equipamiento tecnológico (I+D+T)**, que hacen de HM Hospitales la mejor elección a la hora de mirar por tu salud, cuando nos necesites.



Investigación + Docencia + Tecnología

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
clocc
Tlf: 902 107 469

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

Empresa certificada



HM
HOSPITALES
Somos tu Salud
hmhospitales.com