

# Medical Economics

EDICIÓN ESPAÑOLA

6 DE ABRIL DE 2012

Nº 169

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

ENCUESTA : SALARIOS Y PRODUCTIVIDAD

## Más presión, mismos ingresos



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





## EN PORTADA

### 18 Más presión, mismos ingresos

*Medical Economics* ofrece en este y el siguiente número un análisis que evalúa los salarios y la productividad de los médicos durante el pasado año. La serie comienza abordando la situación de los médicos estadounidenses para quienes la crisis sigue dejándose notar, lo cual lleva en muchos casos a explorar nuevos modelos de ejercicio profesional.

## FORMACIÓN

### 34 La actualización en riesgo cardiovascular, una formación clave en Atención Primaria

Bilbao y Murcia han sido las primeras sedes de esta actividad formativa que continuará en los próximos meses hasta completar los diez cursos previstos para este año.

## PRÁCTICA PROFESIONAL

### 38 Mal comportamiento: consciente o inconsciente



continúa en página 3

## 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](mailto:medeconomics@spaeditores.com)

Natalia Aguirre Vergara, José Ignacio Alemany, Luisa Bautista, Rosa M<sup>a</sup> 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](mailto:b.rodriguez@spaeditores.com)

BARCELONA Salvador Tugues  
[stugues@drugfarma.com](mailto:stugues@drugfarma.com)

## ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo  
91 500 20 88

## SUSCRIPCIONES

Manuel Jurado  
91 500 20 77, [suscripciones@drugfarma.com](mailto: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](http://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](mailto:spa@drugfarma.com)

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

ISSN: 1696-6163

D.L.: M-35829-2003

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

CONTROLADO POR



8



42

## SECCIONES

- 5 **Con Ojo Clínico**  
El paciente ya no es el rey
- 6 **Opinión de los Lectores**
- 8 **Al día**  
Las 'apps' médicas se multiplican por siete en 2011
- 12 **Gestión de Calidad: Enfermería**  
¿Fuga o magnetismo?
- 14 **Economía de la Salud: Dolor**  
Dolor y productividad: pérdidas laborales
- 16 **Capital Riesgo**  
Claves para decidir una inversión
- 42 **Infotecnología Boletín**
- 44 **Inversiones**  
Prepárense, que vienen curvas

46 **Internet y Medicina**  
Atención sanitaria en 4G

48 **Golf**



## ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Cree que alguno de sus compañeros tiene un comportamiento inadecuado en su ejercicio profesional?



## SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias y opiniones a través de nuestra web:  
[www.medeconomics.com](http://www.medeconomics.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

**Manuel Asín Llorca**  
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS  
PRIVADAS DE DERMATOLOGÍA

**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 Gallisá**  
PRESIDENTE. SEMFYC

**Carlos Belmonte Martínez**  
DIRECTOR. INSTITUTO  
DE NEUROCIENCIAS DE ALICANTE

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

**Fidel Campoy Domenech**  
DIRECTOR GENERAL DE SALUD.  
DKV SEGUROS

**Miguel Carrero López**  
PRESIDENTE. PSN

**Guillermo Castillo Acero**  
DIRECTOR. FUNDACIÓN GRÜNENTHAL

**Enrique Catalán López**  
ASESOR. GRUPO EMPRESARIAL  
DE LA ONCE

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

**Felipe Chavida García**  
PRESIDENTE. IDEPRO

**José Cortina Orriós**  
DIRECTOR DE PARTICIPACIONES  
INMOBILIARIAS. BANKIA

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

**Jaime del Barrio Seoane**  
DIRECTOR GENERAL. INSTITUTO ROCHE

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

**José Antonio Dotú Roteta**  
PRESIDENTE. FUNDACIÓN  
MEDICINA Y HUMANIDADES MÉDICAS

**Joaquín Estévez Lucas**  
PRESIDENTE. SEDISA

**Julio Fernández Llamazares**  
DIRECTOR CORPORATIVO  
DE COMUNICACIÓN. CAPIO SANIDAD

**José Fernández-Vigo López**  
CATEDRÁTICO DE OFTALMOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

**Francisco Vicente Fornés Úbeda**  
EXPRESIDENTE. SEMST

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

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

**Enrique Gargallo Santa Eulalia**  
DIRECTOR MÉDICO.  
CLÍNICA MEDINORTE DE VALENCIA

**José Antonio Gutiérrez Fuentes**  
DIRECTOR. FUNDACIÓN LILLY

**Abraham Herrera Lima**  
CONSULTOR

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

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

**Héctor Jausás Farré**  
SOCIO DIRECTOR. JAUSÁS  
ABOGADOS

**Albert Jovell Fernández**  
PRESIDENTE. FORO ESPAÑOL  
DE PACIENTES

**Carlos Lens Cabrera**  
CONSEJERO TÉCNICO. DIRECCIÓN  
GENERAL DE FARMACIA

**Diego López Llorente**  
PRESIDENTE. CLUB MÉDICO

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

**José Manuel López Abuín**  
DIRECTOR. INSTITUTO DE SALUD  
RURAL. LA CORUÑA

**Manuel Martín Cortés**  
CONSULTOR INDEPENDIENTE

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

**Rafael Matesanz Acedos**  
COORDINADOR NACIONAL  
DE TRASPLANTES

**Teresa Millán Rusillo**  
DIRECTORA DE RELACIONES  
INSTITUCIONALES. LILLY

**Basilio Moreno Esteban**  
PRESIDENTE. FUNDACIÓN SEEDO

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

**Diego Murillo Carrasco**  
PRESIDENTE. A.M.A.

**Regina Muzquiz Vicente-Arche**  
DIRECTORA DE RELACIONES  
INSTITUCIONALES. PHARMAMA

**Juan Oliva Moreno**  
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA

DE ECONOMÍA DE LA SALUD

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

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

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

**Enrique Palau Beato**  
DIRECTOR. DESARROLLO 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.  
UNIÓN CATALANA D'HOSPITALS

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

**Julián Ruiz Ferrán**  
SOCIO DIRECTOR. MEDICAL FINDERS

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

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

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

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

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

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

**Gabriel Uguet Adrover**  
PRESIDENTE. FEDERACIÓN NACIONAL  
DE CLÍNICAS PRIVADAS

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

**EXPERTOS**

**GESTIÓN PROFESIONAL**



**Luisa Bautista**  
RESPONSABLE DE GESTIÓN  
DE PROYECTOS Y CALIDAD. ASISA



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



**Elisa Herrera Fernández**  
EXPERTA JURÍDICA  
EN DERECHO AMBIENTAL



**Jose María Martínez García**  
PRESIDENTE.  
INSTITUTO PARA LA GESTIÓN  
DE LA SANIDAD

**DERECHO/MALPRAXIS**



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



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



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

**IMPUESTOS/FINANZAS**



**Natalia Aguirre Vergara**  
DIRECTORA DE ANÁLISIS  
Y ESTRATEGIA.  
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

# El paciente ya no es el rey

Por JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA

El paciente sigue siendo el punto de referencia de todo el equipo de una clínica. Es evidente, pues, que satisfacer sus necesidades sigue siendo fundamental para que esta tenga éxito.

Este axioma que se relaciona, figuradamente, con la realeza sigue en vigor...pero menos. Yo creo que el paciente ha perdido rango. Ahora ya solo es príncipe.

En mi continuo transitar por las grandes y pequeñas clínicas percibo que se ha bajado un poco el listón; quizás la crisis económica y la consiguiente caída de pacientes generalizada tengan gran parte de culpa de ello y muchas atenciones que se le dedicaban han pasado a mejor vida. Y esto es un problema pues, como se repite continuamente, las diferencias en la percepción positiva de los pacientes al acudir a un centro sanitario no son solo del profesional asistencial que les ha atendido, si no del confort o de los auxiliares con los que ha tratado ya que la atención médica se da por sentada.

De muchas de las clínicas, sobre todo de tamaño pequeño que tanto abundan en España, auténticas minipymes, están desapareciendo desde personas (la figura de responsable de atención al paciente, por ejemplo) hasta medios de equipamiento y, además, las consultas carecen de elementos de comodidad apareciendo desde revistas sucias y no renovadas hasta pantallas de información averiadas.

La cualificación de las pequeñas clínicas cae en picado en lo relativo a las personas, los gerentes son sustituidos por coordinadores, los auxiliares de clínica por administrativos y casi, casi la señora de la limpieza ocupa, cuando acaba sus labores, la misión de las telefonistas pues ya estas tienen solo un turno y no llegan al horario completo.

¡Mucho ojo personas que inspeccionan, en el ámbito que seala: algunas tareas rutinarias están empezando a realizarlas gente que no está cualificada legalmente para ello. No me refiero, por supuesto, ni a médicos ni enfermeras.

Y además es terrible por razones del propio negocio. A la tradicional dificultad para captar nuevos pacientes, y más ahora, se añaden estos detalles impuestos por el consejo de administración o por un dueño, buen profesional sanitario, pero cicatero, que no está dispuesto a su venida invirtiendo en bienestar.

Este personaje es ese dueño sanitario que ha cambiado su chip y ahora cree equivocadamente que ha estado pensando demasiado en los demás y muy poco en sí mismo. Ha perdido sus principales virtudes de las que hace poco tiempo presumía: optimismo, pasión, generosidad y caridad, fidelidad a sí mismo, que le servían para vender su marca mejor que nadie, y captar pacientes.

Y no digamos fidelizarlos, tarea aún más difícil que la de captarlos si es que se podía pensar lo contrario. La pérdida de cien pacientes antiguos no se compensa con cien nuevos. Los pacientes son cada vez más exigentes y caros de conseguir: la clave es la fidelidad, ya que el coste de captación es superior al de retención y el índice de abandono es menor cuanto más tiempo lleva un usuario recibiendo ese servicio.

¿Quién es un cliente fiel? Aquel que repite y que, además, lo cuenta.

Según la consultora norteamericana McKinsey, ante un hecho negativo en un servicio solo vuelven el nueve por ciento de los pacientes que no reclaman. Si hacen una reclamación

y no se soluciona, vuelven el 19 por ciento; si hacen la reclamación y se les resuelve, vuelven el 54 por ciento, y si, además, se hace rápido, regresan el 82 por ciento. Muchos empresarios sanitarios están dando la espalda a esta realidad ahora torpemente.

Además, en estos días se ha vuelto en las consultas privadas a oír cada vez más eso de no acudir a solucionar problemas de listas públicas de espera (no se va a cobrar nunca), no atender a pacientes de compañías o limitar sus prestaciones, habrá que volver a técnicas antiguas ya desterradas para ser rentables... La OMC tiene un largo camino, y está en ello, para garantizar que estos y otros muchos indicadores no destruyan el alto nivel asistencial alcanzado.

Nuestro mayor deseo es que no se siga reduciendo la importancia del paciente y que solo en escasos años se haya degradado tanto su papel que pase de ser rey a bufón de la corte.



**DE MUCHAS DE LAS CLÍNICAS, SOBRE TODO DE TAMAÑO PEQUEÑO, ESTÁN DESAPARECIENDO DESDE PERSONAS HASTA MEDIOS DE EQUIPAMIENTO**

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

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

## La sostenibilidad del sistema sanitario a examen

A la hora de abordar la viabilidad a futuro de la prestación sanitaria universal, conviene examinar una serie de consideraciones que condicionan su mantenimiento en los términos que actualmente conocemos desde los puntos de vista del paciente y del propio SNS.

En primer lugar, el progresivo proceso de descentralización del sistema ha generado una multiplicidad de modelos de atención sanitaria fundamentados en los

Sistemas Regionales de Salud (SRS), que han conllevado una dismantelación de las competencias del ente central, manteniendo este, tan solo, las de salud pública, sanidad exterior y coordinación (teórica)

del SNS. Asimismo, estos subsistemas de salud, presentan una fuerte vinculación política que orienta sus resultados de salud hacia el corto plazo, al objeto de rentabilizar réditos en términos de votos. Todo ello ha ocasionado un sustancioso incremento de los costes operativos del sistema, por cuanto las carteras de servicios no han sido definidas en términos de complementariedad intersistemas y bajo una visión óptimo-eficiente en lo relativo a inversiones y ampliaciones de cartera. Una vez observada la imposibilidad de sustentación de las carteras, se han producido recortes en las mismas, procediendo a la derivación de pacientes entre los distintos SRS próximos entre sí. El incumplimiento de los plazos para la transferencia de fondos compensatorios a los SRS con mayor tasa de acogida de pacientes externos, ocasiona un déficit sobreañadido que agrava, más aún si cabe, la viabilidad de los sistemas receptores.

Por otra parte, ha de considerarse la infrafinanciación del SNS con los actuales niveles de cobertura. A raíz de esta aseveración, se ha de estructurar un portafolio de prestaciones públicas que tengan como diana la preservación de los factores de mayor impacto sobre la salud, traspasando al sector privado aquellas con fines no determinantes sobre la salud de la comunidad o introduciendo un copago que actúe como ticket moderador para contener la sobredemanda y/o generar una financiación adicional. En relación

**SE HA DE HACER UN MAYOR ESFUERZO PARA CONCIENCIAR A LA SOCIEDAD DE LA IMPORTANCIA QUE SUS DECISIONES COMO CLIENTES COMPORTAN**

con lo anterior aparece la cuestión de la financiación total o parcial de medicamentos con cargo al erario público. Si bien en este sentido se están haciendo notables esfuerzos para cotidianizar la prescripción de fármacos genéricos, aún queda mucho por hacer en cuanto a prescripción personalizada de tratamientos, evitando así sobrecostes inducidos por el sector farmacéutico en cuanto a la forma de dispensación de envases.

En tercer lugar, otro factor clave es el relacionado con el modelo cuasi-funcionario y organizativo de los profesionales del sector. Con las actuales condiciones de desempeño sobre estructuras de burocracias profesionales, se favorece una rigidez operativa que dificulta la adaptación a un entorno en permanente cambio. Estos modelos organizativos han de ser desterrados de todo punto para permitir la transición a las burocracias *ad hoc*, más

acorde con la flexibilidad que exige prestar atención a condiciones en permanente modificación en un entorno fuertemente normalizado.

En cuarto lugar, es notoria la falta de coordinación entre los niveles decisores del sistema. Aunque se han habilitado modificaciones críticas en sus esquemas de relación (historia clínica electrónica, interconsultas electrónicas, bases de datos compartidas), aún quedan cuestiones fundamentales no resueltas y que deberían haber sido abordadas

como paso previo a la implementación de estrategias de coordinación secundarias. Una de esas cuestiones es la financiación desagregada por niveles y la definición de los papeles de financiador-proveedor atribuible a

cada nivel. Para este caso, se debería seguir la máxima de la financiación capacitativa aplicada en sistemas sanitarios afines, según la cual es el dinero el que sigue al paciente (*money follows patient*). Por otra parte, se deberían potenciar los modelos de cuasi-mercado que introdujeran penalizaciones y bonificaciones efectivas en base al cumplimiento del estándar en el tratamiento de los procesos de enfermedad.

En último lugar, pero no menos destacada, está la cuestión de la cultura sanitaria del país. En relación a lo anterior, se ha de hacer un mayor esfuerzo para concienciar a la sociedad de la importancia que sus decisiones como clientes comportan en términos de financiación y de obturación de los procesos reglados de atención.

Como conclusión, conviene señalar que en la actual situación de insuficien-

cia financiera y contención de costes, se ha de apostar por la independencia de la gestión del sistema, dejando de lado apuestas clientelares mediatizadas por la politización en las decisiones y permitir que sean los propios profesionales los que tengan capacidad decisoria sobre el rumbo que ha de seguir la prestación sanitaria en nuestro país. En caso de no afrontar las realidades sociales y de recursos limitados que enfrenta el sistema, y de no realizar cambios que supongan una ruptura *de facto* con la derrota de gestión intervenida que predomina en la actualidad, la atención sanitaria que actualmente se disfruta podría verse seriamente amenazada en términos de sostenibilidad.

JOSÉ ANTONIO VINAGRE ROMERO  
*Supervisor de Enfermería Centro de Especialidades Periféricas "José Marvá", H. U. La Paz.*

EMMA GRANDE GARCÍA  
*Diplomada Universitaria en Enfermería.*

## Bicentenario de 'La Pepa'

He disfrutado mucho con el excelente y minucioso trabajo sobre el bicentenario de La Pepa. Me ha resultado entrañable el recuerdo a los médicos y, en especial, a la cirugía militar. Entre los médicos insignes de esa época, desde mi punto de vista, añadiría a Xavier Balmis (1753-1819), médico militar que dirigió la Expedición Filantrópica de la Vacuna. Balmis dio la vuelta al mundo (1803-1806) inmunizando la viruela que estaba diezmando a la población. Quizá esto sea la gesta sanitaria más importante de toda España y quizá de Europa. Mi felicitación al autor del reportaje y al editor de la revista, de la que aprendo mucho.

ARTURO ORTIZ  
*General médico. Madrid*



## Precaución en el uso de telemedicina

Tras la lectura de la puesta en marcha del servicio de telemedicina o videoconferencia pediátrica *on-line* del Hospital Nisa Pardo de Aravaca, Medibaby, (*Medical Economics* núm. 167) me pregunto: ¿Reciben en España los profesores un entrenamiento especial y compartido con pediatras para este tipo de procesos como, por ejemplo, la auscultación cardiorrespiratoria, control de pulsos y utilización de manguitos acorde a la edad? ¿Se ha tomado conciencia de que un error diagnóstico con la metodología de videoconferencia entre alguien sin formación médico-académica y otra persona con ella pero a distancia, puede generar un impacto jurídico legal de un alcance importante por mal manejo en tiempo y forma?

A veces, el tiempo o tardanza en la correcta atención puede marcar una diferencia crucial en el resulta-

do. ¿Han realizado una encuesta de opinión con médicos en la Sociedad Española de Pediatría? La vídeoteleconferencia es una metodología para equipos generalmente, quirúrgicos o con tecnología punta para pacientes situados en lugares de difícil acceso, y siempre entre dos equipos con una *performance* selectiva. No sé si un profesor puede atender un cuadro de convulsión atípica o extrasístole ventricular. Imagino el estrés y la ansiedad del mismo, no sé, es para pensarlo, ¿no? o ¿a ustedes, si tienen hijos o nietos, esto los tranquiliza?

MARISA BEATRIZ CALVO  
*Madrid*

## Cuidar y curar

La lectura del artículo sobre autocuidado publicado en el número 165 de su revista, me hace preguntarme cómo es posible que en un país occidental avanzado, como España, en pleno siglo XXI aún no haya conciencia sobre la importancia que tiene la educación en salud. La palabra autocuidado ha cobrado mayor relevancia una vez hemos comprobado que la salud cuesta, y mucho. Por analogía, pienso en los grandes esfuerzos de promoción e información realizados por las autoridades en el caso de la prevención de los accidentes de tráfico. En mi opinión, la salud, la educación en salud de la población para que pueda hacer el necesario autocuidado, merecería en proporción una atención mucho más amplia, desde la misma escuela, en la familia y, cómo no, en nuestra labor como médicos que, además de curar, hemos de ser el principal agente de salud de nuestro entorno.

FERNANDO RUIZ  
*Médico de Familia. Madrid*



## VIOLENCIA

### Las agresiones a médicos crecen un 9,2%

En 2011, las agresiones al colectivo médico se incrementaron en un 9,2 por ciento respecto a 2010, según datos del Observatorio de Agresiones de la OMC. Dicho Observatorio recoge los hechos de violencia que los médicos sufren en el ejercicio de su profesión en toda España, recopilados a través de los 52 Colegios Oficiales de Médicos.

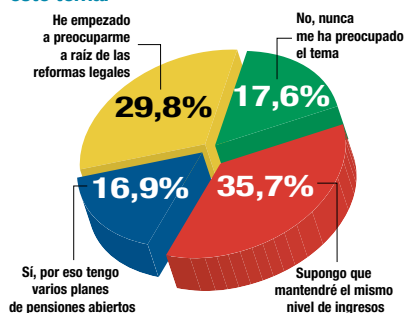
Según este informe, en 2011 se registraron un total de 496 agresiones, 45 casos más que en 2010. El sector público sigue siendo en el que se producen la mayoría de este tipo de conductas violentas, con un 89 por ciento de los casos, mientras que en el privado se dan el 11 por ciento restante, porcentaje que ha aumentado respecto a 2010, cuando se registraron el

nueve por ciento de los casos en el sector privado frente al 91 por ciento del público. En cuanto al ámbito de ejercicio profesional fue Atención Primaria donde más agresiones se dieron, un 57 por ciento de los casos, seguida a gran distancia de hospitales con un 13 por ciento; urgencias extrahospitalarias, un 12 y urgencias hospitalarias, con un seis por ciento.

## ENCUESTA

### ¿ESTÁ AL CORRIENTE DE CÓMO AFECTARÁ SU JUBILACIÓN A SU NIVEL DE INGRESOS?

La mayor parte de los participantes en la encuesta de *Medical Economics* (35,7 por ciento) creen que cuando les llegue la jubilación mantendrán el mismo nivel de ingresos del que gozan en la actualidad. Un 29,8 por ciento reconocen que comenzaron a mostrar una mayor preocupación por el tema a raíz de los últimos cambios legislativos, mientras que un 16,9 por ciento afirman que ya estaban al corriente del impacto que la jubilación puede suponer para el nivel de ingresos y que, por eso, cuentan con varios planes de pensiones. Por último, el 17,6 por ciento de las restantes respuestas apunta a una total despreocupación por este tema.



## ACTIVIDAD HOSPITALARIA

## MADRID Y CATALUÑA CONCENTRAN EL 35% DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA



Según un reciente informe de la consultora DBK, los ingresos por la gestión de los hospitales de Madrid y Cataluña alcanzaron los 12.800 millones de euros en 2011, representando el 34 por ciento del total nacional. Además, el informe destaca que a pesar de la pérdida de poder adquisitivo de la población y de la desaceleración de los ingresos provenientes de conciertos públicos, en ambas comunidades tuvo lugar un crecimiento de la facturación de los centros privados, que se vieron impulsados por los convenios con aseguradoras, mutuas y entidades colaboradoras.

El estudio señala asimismo que en la red hospitalaria pública y privada de Madrid y Cataluña se contabilizaban 293 hospitales en 2011, con un total de 55.200 camas, 13 centros y 900 camas más que en 2008, concentrándose la mayor parte del crecimiento en este periodo en Cataluña.

## COMUNICACIÓN

## UN ESTUDIO ALERTA SOBRE LA NECESIDAD DE PLANIFICAR LA GESTIÓN DE REDES SOCIALES EN SALUD

La rápida implementación de los denominado *social media* en el entorno sanitario, exige que se comiencen a generar guías de recomendaciones para las instituciones y profesionales del sector. Esa es la principal conclusión que se extrae de un reciente estudio realizado por el ECRI Institute, una entidad sin ánimo de lucro reconocida como la principal organización independiente de ámbito mundial dedicada a la evaluación y perfeccionamiento continuo de la tecnología del cuidado de la salud.

Según sus datos, la mayoría de las organizaciones sanitarias no extraen todo el provecho que podrían de los nuevos medios sociales. Las principales causas aducidas son la falta de recursos, el temor a violar la privacidad de los pacientes o, simplemente, el desconocimiento de cómo realizar un buen uso de nuevos canales de comunicación como Facebook, YouTube o Twitter. El estudio también detectó una arraigada tendencia a utilizar estas redes como simples extensiones de los planes de marketing previamente diseñados.

Los autores concluyen que es necesario que las instituciones sanitarias comiencen a desarrollar planes específicos teniendo en cuenta la audiencia potencial y las nuevas posibilidades de estos canales.

## SOSTENIBILIDAD

## CONTROL DE LA INFECCIONES HOSPITALARIAS: 50 MILLONES DE EUROS AHORRADOS EN 2011

El último Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva (EVIN-HELICS), realizado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), concluye que el mayor control de las infecciones en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha permitido reducir los días de ingreso de un enfermo grave de casi nueve días (8,9) de media a algo más de siete (7,4), unas cifras que representan un ahorro de más de 51 millones para las arcas del Estado.

El coste medio de la estancia de una paciente en una UCI pública es de unos mil euros por día, según los datos manejados por la SEMICYUC, mientras que en la sanidad privada es de 1.200 con atención médica, pero sin incluir fármacos.

## OJO AL DATO / ATENCIÓN PRIMARIA

**2.956** centros de salud de Atención Primaria existen en España.

El número de consultas que se atienden al año en esos centros es de **406** millones

De ellas se resuelven en ese mismo nivel el **92%**

**77,1** millones de consultas se producen en atención especializada

Fuente: Informe SESPAS 2012.

## PSN espera alcanzar los 9.000 mutualistas este año



Reunidos en San Juan (Alicante), los más de 250 asesores de PSN han conocido de primera mano los planes de la compañía.

El Área de Negocio de Previsión Sanitaria Nacional (PSN) ha celebrado recientemente su Convención anual, en la que han evaluado muy positivamente los resultados del pasado año y han fijado la estrategia y objetivos para el actual. En este sentido, la mutua mantiene vigentes algunos de los objetivos que ha venido definiendo en los últimos años: rejuvenecimiento de su pirámide poblacional e incorporación de nuevos mutualistas, cuanto más jóvenes, mejor. Para 2012, el objetivo de PSN es lograr 9.000 nuevos mutualistas y 62 millones de euros en primas totales. Para responder adecuadamente a estos retos, PSN volverá un año más a incrementar su plantilla de asesores. Según ha anunciado el director del Área de Negocio Jesús Jiménez, "la plantilla crecerá en 2012 un siete por ciento". Además, la mutua dispondrá de tres nuevas oficinas en Ibiza, Mahón y Motril.

## Grifols adquiere el 51% del capital de Araclon Biotech

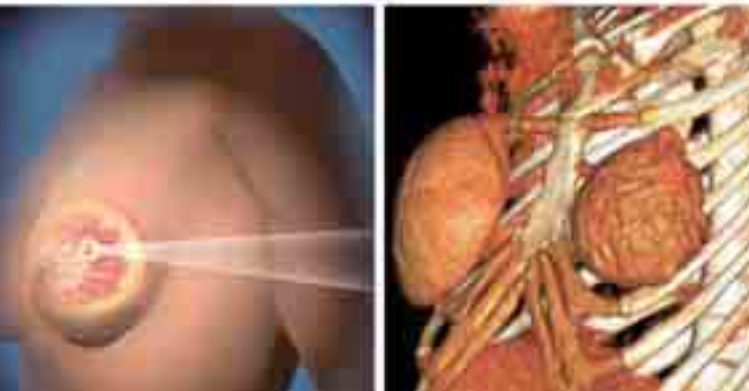
Grifols ha adquirido el 51 por ciento del capital de la aragonesa Araclon Biotech, asegurando de esta manera la viabilidad de su proyecto y el futuro de la compañía. Araclon Biotech fue creada en el año 2004 como una *spin-off* de la Universidad de Zaragoza y está especializada en la investigación y desarrollo de terapias y métodos de diagnóstico frente a enfermedades neurodegenerativas. Actualmente, su actividad está centrada en la enfermedad de Alzheimer, una patología para la que no existe cura y cuya prevalencia en España se sitúa en torno a los 380.000 casos.

La operación se ha realizado mediante la toma de participación a través de Gri-Cel, S.A., vehículo inversor de Grifols que articula su participación en compañías y proyectos de I+D en campos de la medicina distintos al de su actividad principal, tales como el de terapias avanzadas. Tras la compra, Grifols se convierte en accionista de referencia de Araclon Biotech, mientras que otros socios fundadores mantienen el 49 por ciento de participación.

### AULA DE ESTUDIOS AVANZADOS

## Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de mama

19 | abril | 2012



### Inscripción

- ▶ Gratuita
- ▶ Plazas limitadas por riguroso orden de inscripción a través de la página web: [www.cpm-tejerina.com](http://www.cpm-tejerina.com)

### Sede

- ▶ Organización Médica Colegial  
Plaza de las Cortes, 11 · 28014 Madrid

Jueves 19 de abril

### Colaboran

Medical Economics



idepro  
INSTITUTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL



Cátedra Florencio Tejerina de Patología de la Mama y Humanidades Médicas



### Secretaría Técnica e Información:

Secretaría Fundación Tejerina  
[informacion@fundaciontejerina.es](mailto:informacion@fundaciontejerina.es)

## La FNCP refuerza su estrategia 'on-line'

La Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP) ha dado un paso más en su estrategia mediática inaugurando un foro de opinión en su web, para el debate sobre el sector sanitario nacional y el desarrollo de nuevos proyectos. Además, para estrechar su comunicación entre asociados y seguidores, ha incrementado su presencia en Facebook, Twitter y LinkedIn. De esta manera, la FNCP pretende establecer una mayor cercanía informativa para todas las personas que deseen seguir su actividad, prestar opinión o tratar cualquier cuestión.

En cuanto al foro de debate, actualmente, cuenta con tres temas abiertos a la participación del usuario: situación del sector, deuda con las administraciones y turismo sanitario. Además los usuarios que lo deseen podrán proponer asuntos de interés para abrir un nuevo tema de debate.

## DKV alcanzó los 625 millones de euros en primas en 2011

El volumen de primas de DKV Seguros alcanzó los 625 millones de euros, lo que supone un crecimiento del tres por ciento respecto al año anterior. La compañía mejoró su resultado pese a sufrir una ligera pérdida de clientes, del uno por ciento (28.143). Una tendencia que no se dio en el ramo de Salud, que ganó 13.000 asegurados. En el ramo de Asistencia Sanitaria, que representa un 78 por ciento del total de primas, el incremento fue del seis por ciento, alcanzando los 386 millones de euros (sin incluir Marina Salud). El ramo de Decesos creció un cuatro por ciento hasta los 44 millones, y el de Vida un uno por ciento hasta los 21 millones. Subsidio, Hogar y Accidentes decrecieron ligeramente hasta los 34, 29 y 8 millones de euros, respectivamente.

El beneficio neto atribuido al Grupo DKV fue de 37,7 millones de euros, un 68 por ciento superior al de 2010 (22,4). Una parte importante de este incremento (30 puntos porcentuales) provino de la primera aplicación de las nuevas normas de contabilidad para concesiones en Marina Salud y, otra parte, de la reducción de costes (13,9 por ciento frente al 14,1 de 2010) y mejoras de eficiencia resultado de la reingeniería o automatización de procesos realizados en algunas áreas de la compañía. El buen comportamiento de la siniestralidad (78,4 por ciento frente al 80,3 del año anterior) también ha aportado a la mejora del resultado.



Noscira es una compañía bio-farmacéutica del Grupo Zeltia dedicada a la investigación y el desarrollo de fármacos innovadores para el tratamiento y la prevención de enfermedades del Sistema Nervioso Central con necesidades no cubiertas.

El objetivo: desarrollar un tratamiento capaz de modificar, ralentizar o frenar el proceso degenerativo de la enfermedad de Alzheimer que afecta a 26 millones de personas en el mundo y se calcula que el número de enfermos se cuadruplicará hasta los 106 millones para el año 2050\*.

\* Fuente: Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K & Arrighi H M. (2007). Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. Johns Hopkins University. Paper 130.

Investigamos hoy para recordar mañana

Grupo Zeltia: [PharmaMar](#). [Noscira](#).  
[Genómica](#). [Sylentis](#). [Xylazel](#). [Zelnova](#).

 **Zeltia**

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



Por **MARÍA GRACIA RUIZ NAVARRO**

## ¿Fuga o magnetismo?

La RAE recoge como una de las definiciones del término “magnético” el atractivo que alguien o algo ejerce sobre otra u otras personas o cosas. Si trasladamos el término al ámbito de la gestión sanitaria, podría ser interpretado como aquella característica de las organizaciones que garantiza el avance hacia la excelencia profesional dentro del ámbito de la enfermería.

La génesis de la idea del magnetismo en los hospitales se remonta a 1983, cuando la Academia Americana de Enfermería, alertada por la escasez de profesionales, hizo un esfuerzo por identificar y potenciar las características de las instituciones sanitarias que resultaban más atractivas para los profesionales de enfermería más preparados y exigentes, logrando así generar un espíritu de pertenencia a la institución en estos trabajadores. En la actualidad, un total de 344 instituciones sanitarias de 44 estados, repartidos entre EE. UU. (incluido el distrito de Columbia), Australia y Nueva Zelanda, cuentan con un reconocimiento de la ANCC (*American Nurses Credentialing Center*) que les permite estar acreditados como “hospitales magnéticos”, o, lo que es lo mismo, como instituciones que apuestan por un compromiso de mejora de la calidad asistencial y seguridad en los cuidados del paciente, marco que, incuestionablemente, facilita la aparición de un entorno de trabajo que atrae y atrapa, a modo de imán, a los profesionales.

El sistema sanitario español ha demostrado su excelencia a nivel mundial por características tales como su cobertura pública, su cartera de servicios, su financiación y, ante todo, sus resultados en salud, pero ¿estamos seguros de que debemos seguir inmersos en esta autocomplacencia reinante en la sanidad española? ¿Nadie se ha parado a pensar que sin una autocrítica constante, este prestigio se puede convertir en una trampa contra el propio sistema? Repasemos cifras: según la OMS, en los últimos cinco años, tres mil profesionales de enfermería españoles se han trasladado al Reino Unido, Portugal, Francia e Italia a ejercer su labor profesional. Paradójicamente, nuestros colegios estiman que la cifra de enfermeros extranjeros, procedente sobre todo de Alemania y Reino Unido, que ejercen en España ronda los 4.600 profesionales. Este dato todavía alcanza una magnitud más preocupante cuando se conoce que la densidad de enfermeros por 10.000 habitantes en España es de 51,6, frente a los 103 de Reino Unido e Irlanda del Norte y el 89,4 de Francia. ¿Vamos a eternizar este fenómeno de fuga de profesionales? ¿Hemos calculado su coste de oportunidad? ¿Nos vamos a detener en algún momento a pensar cómo las características organizativas de los hospitales afectan al éxodo de algunos profesionales, y, por tanto, a los resultados en los pacientes?

En gestión no hay nada que no esté inventado; ¿puede nuestro sistema sanitario empezar a utilizar el magnetismo para paliar el problema?

La calidad del liderazgo en enfermería, la existencia de estructuras horizontales, descentralizadas y dinámicas, la gestión por valores, el desarrollo de políticas de personal flexibles y competitivas, la existencia de programas de mejora continua de la calidad, el trabajo bajo un paradigma de cuidados, el incremento de la autonomía de la enfermería, el establecimiento de alianzas que faciliten la continuidad de cuidados, la existencia de trabajo en equipo interdisciplinar y la posibilidad de desarrollo profesional son algunas de las características que definen, según los estudios de Kramer y Schumalenberg, los hospitales magnéticos.

Estas fuerzas del magnetismo permiten, a su vez, integrarse a modo de binomio con los pilares de la calidad de Donabedian, mejorando, de esa manera, las ya por todos conocidas estructuras, procesos y resultados.

Sería conveniente, por lo tanto, iniciar un proceso de reflexión que nos llevara a incorporar de forma gradual los elementos esenciales del magnetismo en nuestros hospitales. El modo de trabajo en los hospitales magnéticos pretende, no sentar doctrina, sino mejorar el sistema.

No son pocas las estrategias disponibles para incrementar la eficiencia del sistema, hagámoslo antes de que sea tarde.

### PUNTOS CLAVE

Según la OMS, en los últimos cinco años, tres mil profesionales de enfermería españoles se han trasladado al Reino Unido, Portugal, Francia e Italia

El modo de trabajo en los hospitales magnéticos no pretende sentar doctrina, sino mejorar el sistema



Por **SANTIAGO PÉREZ CAMARERO**

## Dolor y productividad: pérdidas laborales

En su consideración como síntoma y efecto de múltiples enfermedades, el dolor es, sin duda, la mayor causa de sufrimiento para los seres humanos. La persistencia del dolor le atribuye el carácter crónico y permite que lo consideremos como una enfermedad en sí misma, al tiempo que multiplica sus efectos negativos sobre la salud y el bienestar de los individuos. Aunque la diferencia entre el dolor y dolor crónico pueda constituir una cuestión de persistencia temporal, el desconocimiento previo de su duración es causa de que una parte importante del dolor crónico no sea entendido y expresado como tal por los propios pacientes, impidiendo esto que, a su vez, reciba un diagnóstico específico que permita no solo su posible tratamiento, sino también su visibilidad epidemiológica como tal dolor.

Es por ello frecuente que el dolor crónico no se diagnostique hasta pasados unos meses o, incluso, años. El dolor soportable es también dolor, pero muchas personas lo interpretan como un fenómeno relativamente normal con el que pueden convivir y al que llegan a acostumbrarse. El uso de analgésicos sin prescripción ni receta es una de las prácticas más comunes y extendidas de automedicación y alcanza a uno de cada dos individuos que padecen dolor crónico, circunstancia que dificulta aún más el control de la incidencia del dolor. Podemos pues considerar que el dolor crónico estadísticamente conocido es solo una parte relativamente reducida de la incidencia y prevalencia reales del mismo.

Los estudios para medir la prevalencia en Europa han estimado que cerca de cien millones de europeos (19 por ciento) padecen algún tipo de dolor crónico, que limita su actividad habitual y su la calidad de vida. De ellos, el 66 por ciento tenían dolor moderado (NRS=5-7) y el 34 por ciento dolor severo (NRS=8,10); el 46 por ciento tenía dolor constante y un 54 por ciento dolor intermitente. Las consecuencias del dolor sobre el bienestar y la vida cotidiana son bien evidentes, pero sus efectos directos sobre la actividad laboral o productiva

**UNA DE CADA CUATRO PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO VE NEGATIVAMENTE AFECTADO SU TRABAJO POR ESTE MOTIVO**

son también muy importantes. Hay que recordar que el 61 por ciento de quienes lo padecen se vuelven menos capaces o incapaces de trabajar fuera del hogar y el 21 por ciento han sido diagnosticados con depresión a causa de ello. Asimismo, un 19 por ciento de quienes sufren dolor crónico ha perdido su trabajo y el 13 por ciento se ve obligado a cambiar de trabajo por causa del dolor. De una forma u otra, una de cada cuatro personas con dolor crónico ve negativamente afectado su trabajo por este motivo.

Así pues, las pérdidas laborales por dolor crónico son importantes. Según los datos del estudio *Pain in Europe* para quienes ven afectado su trabajo por su dolencia

el tiempo medio de días laborales perdidos es de 7,8 días (en los últimos seis meses); el 11 por ciento pierde entre uno y tres días, el 12 por ciento de cuatro a nueve, el nueve por ciento entre 10 a 15, y el 13 por ciento deja de ir al trabajo al menos 16 días. Los datos desagregados para España señalan que el tiempo laboral perdido en España (8,4 días) supera en algo la citada media europea. De igual forma, los datos de la muestra española con la europea señalan que el impacto en la pérdida del empleo es algo mayor (22 vs. 19 por ciento) y también lo es el diagnóstico y la baja por depresión (29 vs. 21 por ciento). Por el contrario, son menores nuestras tasas de cambio laboral por dicho motivo: el ocho por ciento debe cambiar de responsabi-

lidad en el trabajo (16 por ciento en la UE) y el cuatro por ciento se ve obligado a cambiar de empleo (13 por ciento, en la UE). Ello parece poner de manifiesto una menor capacidad de nuestro entorno laboral para afrontar este problema, lo que obliga con mayor frecuencia a quienes lo sufren a soluciones más drásticas (baja por depresión y pérdida del trabajo).

Estudios más recientes han elevado la prevalencia del dolor en los países europeos y su impacto sobre la población trabajadora.

### COSTES INDIRECTOS

Los estudios existentes en la literatura sobre los costes asociados con el dolor demuestran que el peso de los costes indirectos es muy superior al de los costes directos. Así, en un estudio realizado en pacientes del Hospital Clínico San Carlos, los costes directos por pérdidas laborales ascendían el 30 por ciento del total, mientras los costes no sanitarios representaban

algo más del 70 por ciento de los costes estimados para este tipo de pacientes. En este mismo trabajo, Bastida y Oliva, partiendo de los datos de población activa de 2009 y los datos de prevalencia del dolor y días perdidos por su causa del estudio europeo *Pain in Europe*, determinan que las pérdidas laborales a consecuencia del dolor en España ascendían a 38 millones de jornadas, lo que se traduce en unos costes de 1.800 millones de euros de pérdidas laborales por incapacidad temporal, asignando un coste por día de trabajo perdido de 47 euros/día.

Estudios más recientes como el de Sicras Mainar *et al.* (2012) elevan el coste por día de trabajo perdido a 54.65 euros/día lo que arrojaría una cifra cercana a los 2.000 millones de euros atribuibles a pérdidas laborales ocasionadas por el dolor, lo que representaría el 0,2 por ciento del PIB. Estos cálculos cuantifican las pérdidas laborales por absentismo y bajas laborales, pero es difícil realizar una estimación de las pérdidas ocasionadas por la disminución del rendimiento y pérdida de productividad de las personas que permanecen en sus puestos de trabajo aquejadas por dolor crónico. Asimismo, debe considerarse también el coste de la pérdida de habilidades y competencias cuando las personas se ven obligadas a reducir sus horas o a dejar de trabajar (Blyth *et al.*, 2003). Por otra parte, además del coste originado por el absentismo o las bajas laborales asociadas

al dolor, se producen otros gastos en forma de compensaciones sociales, pensiones de jubilación y otros costes indirectos que representan una carga para la economía muy superior a los costes sanitarios directos (Jensen *et al.*, 2004).

El impacto del dolor, tanto en el absentismo como en el presentismo (actividad laboral con presencia de dolor), se ha considerado en una amplia serie de estudios. Alguno de estos trabajos (Stewart *et al.*) han puesto de relieve que las pérdidas económicas debidas al presentismo son incluso superiores a las generadas por el propio absentismo. Estudios realizados en España (Langley, 2011) reflejan que las personas con dolor intenso reducen su rendimiento laboral seis veces más que las personas que no padecen dolor o lo padecen de forma leve a moderada. El dolor crónico se hace difícilmente compatible con el desempeño normal de una actividad laboral o productiva y su impacto sobre la misma presenta múltiples vertientes y gradaciones, todas ellas con un fuerte componente de coste económico.

Los estudios similares y recientes realizados en España (Langley *et al.*, 2011) demuestran que el dolor severo y moderado tiene una asociación significativa, sustantiva y negativa con la participación de la fuerza de trabajo, así como, junto con la experiencia del dolor leve, un impacto importante en el absentismo y el presentismo en la mano de obra empleada. La

asociación negativa más fuerte sobre la participación de la fuerza de trabajo se observa en el caso de dolor severo y el dolor severo diario. Se demuestra que el impacto del dolor es mucho mayor que el impacto potencial de otras medidas del estado de salud (por ejemplo, las comorbilidades crónicas y el IMC) y que las personas que padecen dolor severo diario son mucho más propensas a no estar integrada en la fuerza laboral. Sin embargo, la contribución del dolor moderado y leve al absentismo y el presentismo es más marcada que el impacto negativo en la participación en la fuerza laboral.

A grandes rasgos, podemos afirmar que el dolor leve y moderado tiene un fuerte impacto en el absentismo y el presentismo con repercusiones notables en la menor productividad, mientras que el dolor severo y el severo y diario actúan como un fuerte freno a la presencia de quienes lo padecen en la actividad laboral. El hecho de que las mujeres y las personas de más edad sufran con más frecuencia e intensidad el dolor crónico junto a una participación creciente de estos grupos en el mercado laboral por efecto del envejecimiento laboral y demográfico, hacen plausible prever que la prevalencia del dolor crónico en la fuerza laboral y sus costes económicos asociados puedan ir creciendo en los próximos años, en ausencia de medidas de corrección de carácter laboral y sanitario.

*Sección patrocinada por:*





Por **LUIS G. PARERAS**

## Claves para decidir una inversión

**A** la hora de intentar financiar una iniciativa con capital riesgo, es importante ponernos en el lugar del inversor y entender todos los aspectos que son relevantes para su decisión. Recordemos que los emprendedores necesitan: el dinero para llevar su proyecto a la práctica; los conocimientos generales de gestión y de cómo hacer crecer las nuevas iniciativas; los contactos que le permitan llegar a nuevos clientes, conseguir mejores proveedores, aliarse con los mejores “socios”, obtener consejo de los mejores consultores, etcétera; los contactos del capital riesgo para atraer más capital en el futuro; conservar el máximo nivel de propiedad de la compañía; y conservar la máxima capacidad de decisión y de maniobra.

Por contra, los inversores necesitan: que la compañía crezca y gane valor, y capturar una buena parte de ese valor generado; que el retorno a su inversión sea superior al retorno que pueden obtener en otras; el equipo adecuado para llevar la idea adelante; controlar las decisiones estratégicas importantes para evitar errores que les hagan perder dinero; disminuir el riesgo de la inversión, encontrando activos que vender o reutilizar, o manteniendo una opción de retirarse del proyecto si así lo estiman oportuno; encontrar un comprador futuro que les permita desinvertir; y desarrollar una buena reputación y una buena

“hoja de inversiones” que les permita encontrar más capital para invertir en el futuro.

Además, de entre todos los factores relevantes para el inversor podríamos destacar seis cuestiones:

- **El mercado potencial.** Que el inversor crea que tiene el producto o servicio, y la capacidad de crecimiento futura del proyecto, suficiente como para permitirle obtener una tasa de retorno a su inversión adecuada. Recordemos que a mayor riesgo, mayor tasa de retorno espera tener el inversor para justificar ese riesgo.
- **Las perspectivas de salida que el inversor intuya pasados los primeros cuatro a siete años.** Mientras el emprendedor presenta ilusionado su proyecto, el inversor está ya pensando en cuándo y cómo podrá salir de él en el futuro, capturando el máximo beneficio posible. De esa potencial salida depende en buena medida su decisión de invertir. Si el proyecto es interesante estratégicamente para actores importantes de la cadena de valor sanitaria, mejor. El emprendedor debe preguntarse constantemente quién estaría interesado en comprar su parte al inversor en el futuro, y enfocar la negociación a mostrar esa posibilidad.
- **El equipo.** Como brazo ejecutor de esa idea, debe inspirar confianza y ser competente y adecuado para la tarea a desarrollar.

- **El nivel de protección intelectual de la idea mediante patentes.** O cualquier barrera de entrada relevante que pueda proporcionar una ventaja competitiva en el sector.
- **La existencia de activos “físicos”.** Estos es, “vendibles”, que le aporten seguridad de que pueda rentabilizar parcialmente su inversión en el caso de que la idea fracase.
- **El nivel de implicación de los fundadores.** Como punto de partida para evaluar cuánto creen en la idea los propios profesionales. Si los propios fundadores no invierten nada en la iniciativa puede despertar, como es lógico, suspicacias. En cualquier caso, es importante para el inversor que los emprendedores tengan una buena parte de la propiedad de la nueva *start-up*, dado que es el mejor incentivo para que “remen en la buena dirección”.

### PUNTOS CLAVE

El inversor tomará el plan de negocios como eje fundamental de análisis, pero también hará sus propias averiguaciones al respecto

Si los propios fundadores no invierten nada en la iniciativa puede despertar suspicacias

Además de tener bien presentes siempre estas cuestiones y de querer “crear espacio” para satisfacer las necesidades de ambas partes, es importante que los emprendedores sean capaces de desarrollar un buen nivel de relación personal con los negociadores de capital riesgo. Una cosa son los detalles de la negociación, los acuerdos concretos a los que lleguemos, y otra bien distinta es la “química” entre ambas partes, que sin duda debe ser buena para llevar la negociación a buen puerto.

## Fundación A.M.A. concede 75 becas para residentes



Algunos de los becados por la Fundación A.M.A. en el momento en que les fue entregada la ayuda.

La Fundación A.M.A. ha concedido 75 becas de estudios a otros tantos licenciados de Medicina y Farmacia y diplomados de Enfermería que este curso académico preparan sus exámenes a especialidades de internos residentes. En concreto, la mayoría de premiados se ha presentado a los exámenes del pasado enero. Es la sexta edición consecutiva en que

se entregan estas ayudas dotadas de entre 1.600 y 3.000 euros para gastos docentes. Su concesión se efectuó por sorteo entre todos los candidatos registrados que reunían las condiciones exigidas. Cincuenta han sido entregadas a estudiantes del examen de médicos internos residentes (MIR), quince más a farmacéuticos (FIR), y otras diez a enfermeros (EIR).

## 'Medical Economics' en el jurado de los premios de la Fundación FDB

La Fundación Félix Delgado Bocos (FDB) ha presentado el jurado que elegirá al ganador del "Premio a la mejor propuesta innovadora en la gestión de la innovación biomédica" de entre las 10 ideas más valoradas en la plataforma CIDIdeas. Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*, formará parte de dicho jurado junto a otras reconocidas personalidades del sector como Regina Revilla, presidenta de Asebio y miembro del Consejo Editorial de esta revista, Aurelio García de Sola, presidente de Madrid Network, o Miquel Vilardell, presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, entre otros.

Esta será la segunda edición de un premio que busca impulsar la innovación en salud. Las candidaturas se podrán postular hasta el próximo 1 de junio.

Tecnología

Conocimiento

Sostenibilidad

Organización

# MIHealth FORUM

Health Management & Clinical Innovation

## LA INNOVACIÓN COMO MOTOR DE CAMBIO EN EL SISTEMA SANITARIO

MIHealth es el primer foro internacional sobre Innovación Clínica y Gestión Sanitaria. Experiencias, novedades, tendencias e iniciativas, el mejor marco de conocimiento innovador y networking, de la mano de los mejores expertos. El futuro está en MIHealth.

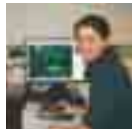
## CON LOS PONENTES MÁS RELEVANTES DEL SECTOR



**Albert-László Barabási**  
Profesor distinguido  
Universidad de  
Northeastern y Harvard  
Medical School



**Ophir Shahaf**  
CEO  
Hadasit Bio-Holdings  
Ltd.



**Dr. Mercedes Balcells-Camps**  
Científica investigadora  
División de Ciencias de  
la salud y Tecnología de  
MIT-Harvard



**Dr. Gabriel P. Krestin**  
Director del  
Departamento de  
Radiología  
División de Ciencias de  
la salud y Tecnología de  
MIT-Harvard



**Brian O'Connor**  
Presidente  
ECHAAlliance, European  
MIHealth Alliance



**Dr. Scott Young**  
Director ejecutivo  
asociado, Cuidado  
clínico e Innovación,  
Director médico senior  
y Codirector ejecutivo  
Kaiser Permanente, The  
Permanente Federation,  
LLC



**Alberto de Rosa  
Torner**  
Director General  
Ribera Salud Group



**Sir Andrew Dillon**  
Director Ejecutivo  
NICE UK (Instituto  
Nacional de Salud y  
Excelencia Clínica del  
Reino Unido)

Acredítese con este código  
**VNP4PDNS**  
obtendrá un 25% de descuento.

Descárguese el  
programa actualizado



**Fira Barcelona**

partner

accenture

gold sponsor

sodexo

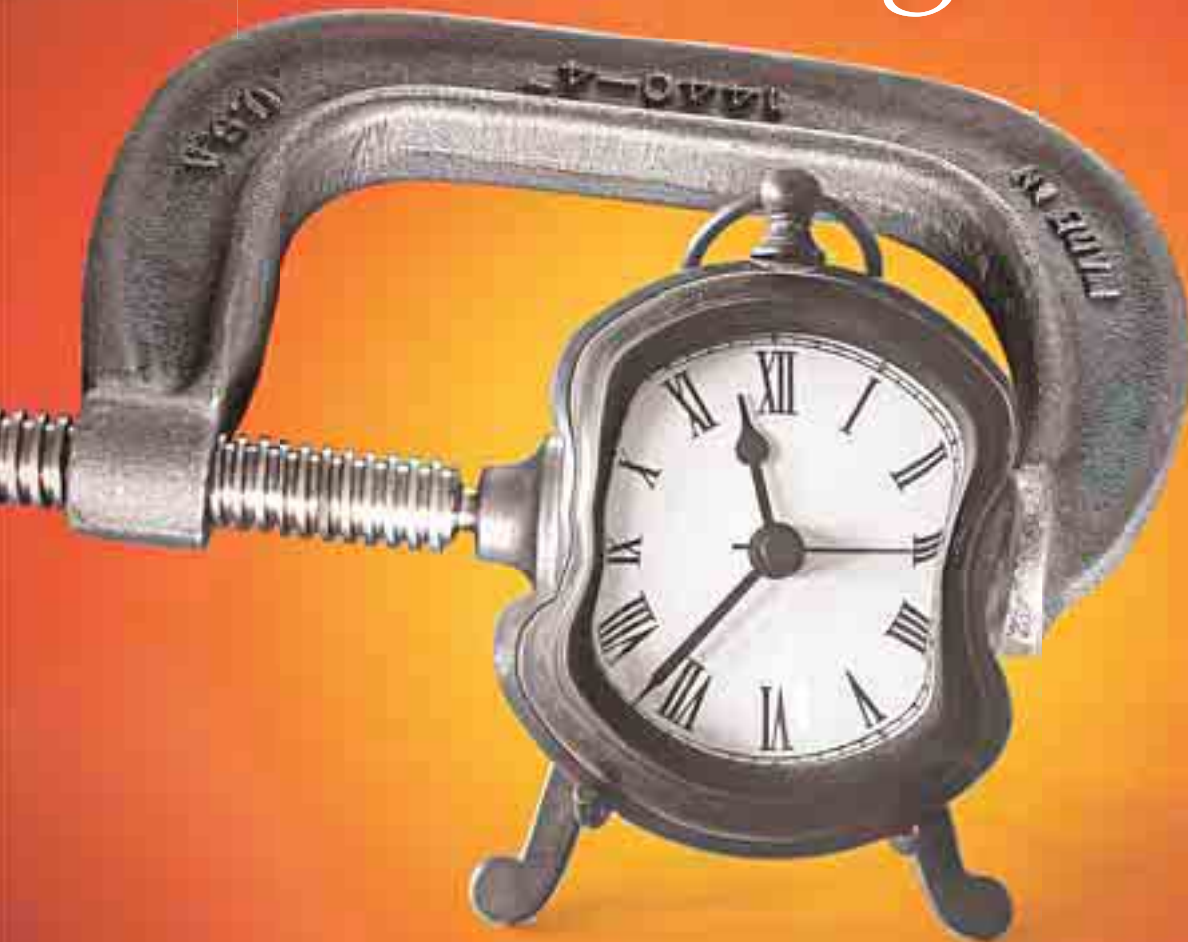
silver sponsor

ferrer

gmn



# Más presión, mismos ingresos



[ Por **BETH THOMAS HERTZ** ]

*Medical Economics* ofrece en este y el próximo número un análisis que evalúa los salarios y la productividad de los médicos durante el pasado año. La serie comienza abordando la situación de los médicos estadounidenses para quienes la crisis sigue dejándose notar, lo cual lleva en muchos casos a explorar nuevos modelos de ejercicio profesional. La entrega del siguiente número revisará la situación española. Los ingresos que figuran en este primer artículo reflejan cantidades brutas, sin descontar gastos ni impuestos.

Aunque la mayor parte de los médicos de Atención Primaria dicen estar más ocupados que nunca, ya que el papeleo y otras tareas abarcan su tiempo, el número de pacientes que atendieron en 2010 fue en realidad menor que en los dos años anteriores.

Según la Encuesta Exclusiva sobre Productividad de *Medical Economics* (edición estadounidense) 2011, los médicos de Atención Primaria atendieron como promedio a 93 pacientes semanales en 2010, frente a los 96 de 2009 y los 97 de 2008. Los médicos de familia atendieron a 96, frente a los 102 de 2009 y los 107 de 2008. Por su parte, los internistas atendieron a 92, menos que los 101 de 2009 y los 97 de 2008 y los pediatras declararon haber atendido a 90 pacientes semanales, un descenso frente a los 97 de los dos años anteriores. Los únicos médicos que no vieron disminuir su número de visitas fueron los tocólogos/ginecólogos, que atendieron a 89 en 2010 y en 2009, algo más que los 85 de 2008.

Sin embargo, a pesar de este descenso en el volumen de pacientes, las horas de trabajo por semana apenas variaron.

La encuesta reveló que médico tipo trabajó una media de 51 horas en su última semana de trabajo completa. Los médicos de familia trabajaron una media de 50 horas por semana, prácticamente igual que la media de 51 de 2009. La media de los internistas fue de 53 horas por semana, frente a las 54 de 2009. La de los pediatras fue idéntica en 2009 y 2010, con 47 horas.

Los cardiólogos (63), hospitalistas (61), urólogos (59), neurólogos/neurocirujanos (58) y gastroenterólogos (58) alcanzaron la media más alta de horas de trabajo por semana. En los cuidados de emergencia/intensivos (42) se trabajó la media más baja por semana.

## RELACIÓN CON LA ECONOMÍA

Judy Bee, asesora de gestión sanitaria de Practice Performance Group en La Jolla, California, y asesora editorial de *Medical Economics*, asegura que el descenso en el volumen de pacientes constatado por los profesionales resulta sorprendente, dado el debilitado estado de la economía norteamericana.



Judy Bee

“Las personas que no tienen seguro médico o que no pueden permitirse los copagos o los deducibles intentan esperar más tiempo antes de ir al médico”, comenta Bee. “Por ejemplo, si alguien necesita un médico pero se siente bien y no anda bien de dinero, lo aplazará”.

Apunta que los médicos de Atención Primaria son, probablemente, los últimos que experimentarán este

descenso, que ha afectado durante varios años a los médicos de cuidados voluntarios.

Bee añade que el hecho de que este colectivo no trabaje menos horas está probablemente relacionado con la debilidad de la economía. “Las llamadas telefónicas son cada vez más frecuentes, ya que la gente intenta no visitar al médico”, continúa.



Robert Dow

Robert Dow, médico de familia en Londonderry, New Hampshire, nota esta dinámica en su consulta, aunque recientemente amplió sus horas de oficina para dar cabida a la mayor demanda de los pacientes.

“Se ha incrementado el número de personas que esperan tratamiento por vía telefónica o que posponen sus visitas y, como resultado, llegan con una importante lista de dolencias que intentan abordar en la visita que han programado”, explica.

“Hacemos todo lo posible por atenderlos a todos, conociendo las realidades económicas actuales. En mi opinión, las personas retrasan procedimientos necesarios por los elevados copagos, al igual que suelen retrasar las evaluaciones para enfermedades potencialmente mortales por estas cuestiones económicas”, añade.

Matthew Finneran, con consulta de medicina familiar y geriátrica en Wadsworth, Ohio, comenta que su volumen de pacientes se mantiene estable, pero que la cantidad de trabajo por paciente ha crecido, en parte porque los pacientes esperan más tiempo antes de ir al médico debido a las preocupaciones económicas.

Algunos no tienen seguro médico, mientras otros simplemente no pueden permitirse abandonar su puesto de trabajo durante la jornada laboral para acudir al médico.

“Ahora abrimos antes por la mañana para atender a estos pacientes, y esas horas se reservan rápido”, comenta Finneran. Cuando los pacientes retrasan ir al médico, sus listas de preocupaciones ya no pueden abordarse en una visita de 15 minutos. Las visitas de 25 o 30 minutos se están convirtiendo en la norma, continúa. “Me da apuro facturar en consecuencia por estas visitas más largas, aunque debería”.

Mientras estas visitas más prolongadas provocan que otros pacientes tengan que esperar más tiempo para ver a sus médicos, muchos de los que padecen complicaciones sin gravedad optan

## PUNTOS CLAVE

El prototipo de médico de Atención Primaria atendió a 93 pacientes semanales en 2010.

Los pacientes se resisten a acudir a las consultas para hablar sobre los resultados de laboratorio.

Los médicos rurales son los que trabajan más horas y con el mayor volumen de pacientes.

La “medicina conserje” o directa tiene el potencial de hacer que la Atención Primaria sea más lucrativa.



### Visitas de pacientes por semana

	2008	2009	2010
Médicos generales/de familia	107	102	96
Internistas	97	101	92
Tocólogos/ginecólogos	85	89	89
Pediatras	97	97	90
Toda AP	97	96	93

### Horas trabajadas por semana

	2008	2009	2010
Médicos generales/de familia	46	51	50
Internistas	46	54	53
Tocólogos/ginecólogos	56	58	56
Pediatras	46	47	47
Toda AP	46	51	49



Matthew Finneran

por acudir a las clínicas de cuidados de emergencia o a enfermeros profesionales.

“Esto deja al médico con los pacientes más graves y que más tiempo necesitan”, comenta Finneran. “Pierdo las visitas rápidas que no precisan revisar las pruebas de seguimiento más adelante”.

La resistencia de los pacientes a volver para hablar sobre los resultados de laboratorio también supone una frustración para él. “Quieren escucharlo por teléfono, pero no me pagan por eso”, añade. Es aquí donde entra el concepto de centro médico. Deberíamos cobrar por cuidar en global al paciente. La Atención Primaria está tremendamente infravalorada por el sistema de pago actual que recompensa la complejidad más que el tiempo invertido. Los subespecialistas sí reciben compensación porque las intervenciones tienen un reembolso mayor que las visitas de Atención Primaria”.

#### MÉDICOS RURALES

La encuesta reveló que los médicos rurales trabajan un mayor número de horas con un mayor volumen de pacientes. La mayoría afirmaron trabajar 53 horas semanales, con 99 visitas de pacientes. Los médicos de zonas céntricas pobres trabajaron 51 horas, con 92 visitas de pacientes. Los médicos de zonas residenciales trabajaron 50 horas semanales, con 95 visitas

de pacientes, mientras los médicos de zonas urbanas trabajaron 51 horas semanales y atendieron a 88 pacientes.

Bee comenta que el hecho de que los médicos rurales tengan una mayor cantidad de trabajo no es nuevo.

“Siempre han trabajado muy duro, porque sus pacientes están más desatendidos”, añade.



Wesley Sugai

Uno de los médicos que vive esta realidad es Wesley J. Sugai, pediatra con consulta propia en Kailua Kona, una zona rural en la “Gran Isla” de Hawái.

La zona está aislada; la única forma de llegar es por aire. La población de entre 130.000 y 140.000 personas se encuentra dispersa en una zona del tamaño de Rhode Island, sobre todo a lo largo de una las carreteras principales. Los habitantes de la isla son pobres en su mayoría, una situación consecuencia del elevado nivel de paro y del elevado coste de la vida. El 80 por ciento de sus pacientes son de Medicaid. No hay ninguna consulta grupal que trabaje en la zona. La mayor parte de los médicos trabajan solos o en consultas formadas por dos médicos.

Sugai atiende a 200 o más pacientes a la semana, más otros 20 o 25 pacientes hospitalizados en el hospital comunitario donde forma parte del personal. Trabaja como mínimo 100 horas semanales.

**“HEMOS APRECIADO UN INCREMENTO EN EL NÚMERO DE PERSONAS QUE QUIEREN SER TRATADAS A TRAVÉS DEL TELÉFONO O QUE POSPONEN SUS VISITAS”**

—Robert Dow



## “DEBERÍAMOS RECIBIR UN PAGO POR CUIDAR AL PACIENTE DE FORMA GLOBAL. LA ATENCIÓN PRIMARIA ESTÁ TREMENDAMENTE INFRavalORADA”

—Matthew Finneran

“Probablemente podría atender a 250 pacientes, pero no tenemos las oportunidades”, explica Sugai. “Intentamos evaluar a muchos pacientes por teléfono. Después de hacerlo durante 25 años, he desarrollado una buena relación con muchas de nuestras familias. Esto me permite hacerlo”.

Las visitas del hospital representan una parte considerable de su volumen de trabajo. “Es la causa del 90 por ciento de mis dolores de cabeza y del 20 por ciento de mis ingresos”, añade. “Aquí no hay ningún tipo de especialista en neonatología ni pediatría. Tengo que acudir a todas las cesáreas y partos complicados. Estoy de guardia las 24 horas de los 7 días de la semana”.

Tanto él como otros médicos de la isla han intentado contratar especialistas, pero descubren que muchos se desaniman ante la gran cantidad de trabajo y el reducido salario consecuencia de atender a una población más pobre. En la isla hay tan solo seis pediatras, y dos de ellos son jubilados parciales y ya no trabajan en el hospital. “Nos hacemos viejos, y hay pocos médicos nuevos que ocupen nuestro lugar”, comenta Sugai.

A veces el hospital trae sustitutos durante una semana para que los médicos en plantilla puedan tomarse un descanso. “No ir al hospital un día parecen vacaciones”, añade.

A pesar de la abrumadora cantidad de trabajo, los ingresos de Sugai han caído en los últimos tres años. “Históricamente, el 40 por ciento de mis pacientes era de Medicaid. Ahora es el doble”, continúa. “Las tasas de reembolso por los chequeos a bebés sanos son lo que realmente nos mantienen a flote”.

### DESEQUILIBRIO DE GÉNERO

El género fue otro campo demográfico en el que la encuesta reveló horas de trabajo dispares. Los hombres trabajaron 52 horas semanales, con 97 visitas de pacientes. Las mujeres trabajaron 47 horas y atendieron a 84 pacientes.

De nuevo, Bee asegura que es un dato para nada sorprendente. “Las mujeres trabajan menos horas

### Productividad por edad

	Horas por semana	Visitas por semana
Menos de 30	57	82
Entre 30 y 34	49	88
Entre 35 y 39	51	90
Entre 40 y 44	50	95
Entre 45 y 49	52	97
Entre 50 y 54	53	100
Entre 55 y 59	53	98
Entre 60 y 64	49	94
65 o más	43	76

### Productividad por género

	Horas por semana	Visitas por semana
Hombres	52	98
Mujeres	47	84

semanales en la consulta, pero muchas de ellas tienen otro empleo: son madres”, explica. “Puede resultar realmente difícil limitar las horas profesionales para estar activas también en las vidas de sus hijos”.

Los médicos que trabajan a jornada completa pueden sentir envidia o resentimiento de una mujer que trabaja a jornada parcial, porque luego tienen que ocuparse de sus guardias para asegurarse de que no se desatiende ninguna urgencia, añade Bee.

“Suele ser mejor si hay varios médicos que trabajan dos terceras partes del tiempo. El resentimiento es menor porque saben que hay otra persona que cubre sus días libres,” continúa Bee. Este tipo de acuerdo también fomenta la mentalidad del hoy por mí, mañana por ti, añade.



## “EL SEGURO MÉDICO NO PROPORCIONA CUIDADOS PREVENTIVOS A NADIE”

—Christopher Ewin

“Todos quieren que en sus días libres sus pacientes reciban un buen tratamiento, por lo que es más probable que trabajen más duro para ocuparse de los pacientes de otro médico cuando es su turno”, explica Bee.

### ¿LA ‘MEDICINA CONSERJE’ AL RESCATE?

¿Qué puede hacer un médico de Atención Primaria para salir del círculo vicioso de la medicina actual? Finneran comenta que quejarse no ayuda. En cambio, alienta, “implíquese con sus empleados y con las organizaciones profesionales y contacte con sus legisladores, recomienda”. “Debemos comprometernos”, añade. “Debemos luchar contra los intereses especiales para cambiar el modelo actual”.



Christopher Ewin

Sin embargo, hay al menos un médico de AP con un consejo muy diferente que ofrecer. Christopher Ewin, con consulta de medicina familiar en

Fort Worth, Texas, aboga por salirse del círculo.

Ewin ejerce la “medicina conserje”, aunque prefiere el término “consulta directa”. Al cobrar a sus pacientes un pago anual por el acceso mejorado, trabaja para el paciente, no para las aseguradoras o las agencias gubernamentales.

“No utilizas el seguro para cortar el césped, solo si la casa se incendia”, explica Ewin. “El seguro médico no

proporciona cuidados preventivos a nadie. Los pacientes necesitan un centro médico”.

La mayor parte de los médicos no reciben el pago a menos que atiendan a los pacientes, y solo pueden atender una cantidad al día, añade. “No pueden mantener el ritmo, y el problema va a peor”.

El límite de su consulta es de 500 pacientes, que pagan unos 600 euros anuales por los cuidados si tienen entre seis y 20 años, 900 si tienen entre 21 y 34, 1.200 si tienen entre 35 y 59 y 1.500 si tienen al menos 60 años. “Tienen mi número móvil, el de mi casa, mi correo electrónico y normalmente son atendidos el mismo día que lo solicitan”, comenta.

Ewin cree que este acuerdo de pago es razonable para muchas personas, describiendo el pago de unos 110 euros al mes por cuidados médicos de calidad como “más barato que el tabaco”.

“Evito que los pacientes sin seguro sean hospitalizados”, añade Ewin. “También evito que pierdan tiempo fuera de sus puestos de trabajo”, que puede ser algo muy valorable para personas con enfermedades que requieren una gestión permanente, como la diabetes.

Al mantener bajo su volumen de pacientes, dispone de tiempo para ofrecer cuidados de calidad, así como para realizar tareas gratificantes, como investigar para un paciente con una enfermedad poco común o viajar con su familia de vacaciones. Además, al animar a sus pacientes a visitarle al primer síntoma de problemas, los cuidados suelen ser más sencillos y los resultados mejores.

Aconseja a otros médicos que se plantean dar este paso; a menudo les dice que no es complicado si se hace bien.

“Se trata de cubrir los gastos generales”, explica Ewin. “Tener más pacientes significa tener más empleados y una consulta más espaciosa. Tener menos reduce los gastos generales y nos libera”.

Su enfoque de la Atención Primaria reduce los gastos para Medicare y las aseguradoras, y es partidario de que el Congreso permita que los honorarios anticipados de la Atención Primaria puedan considerarse gastos médicos para cuentas de ahorros de salud o puedan aplicarse a un plan de salud con un porcentaje de deducción alto. “Esto simplificaría toda la industria sanitaria”, comenta Ewin.

También beneficiaría a la sociedad al hacer que la AP sea más lucrativa, lo que animaría a los mejores y más brillantes residentes a optar por este camino, concluye.

### SOBRE LA ENCUESTA

La Encuesta Exclusiva sobre Productividad 2011 fue parte del 83<sup>er</sup> Estudio Continuo anual realizado por Advanstar Communications, la empresa matriz de *Medical Economics* en Estados Unidos. La muestra de la encuesta estuvo formada por más de 140.000 médicos de una base de datos de las tiradas de las publicaciones de Advanstar, incluyendo *Medical Economics*, *Contemporary Pediatrics*, *Contemporary OB/GYN*, *Dermatology Times*, *Urology Times*, *Ophthalmology Times*, y *Cosmetic Surgery Times*.

La encuesta se realizó a través de Internet el pasado mes de junio. Se incluyeron más de 5.000 respuestas, todas de médicos que indicaron que ejercen de forma activa y que su principal campo de ejercicio no es académico/investigador.

# Los ingresos no aumentan

*A pesar de la dura situación económica, los médicos siguen sintiéndose satisfechos de su trabajo*

[ Por **BETH THOMAS HERTZ** ]



**1** **133.402 euros\***  
**Médico de familia, 44 años.**  
Sin participación accionarial  
en su consulta

**2** **146.362 euros\***  
**Internista, 54 años.**  
Con participación accionarial  
en su consulta

**3** **124.255 euros\***  
**Médico de familia, 37 años.**  
Siete años ejerciendo

En 2010, los médicos estadounidenses vivieron un panorama de ingresos bastante diverso que tendrá consecuencias durante los próximos años. Los que dependen en exceso del reembolso del gobierno se enfrentan a presupuestos más ajustados y a una mayor incertidumbre. Sin embargo, los que ejercen de forma más variada, incluyendo más pacientes privados y algunas ofertas únicas, se sienten algo mejor, según la Encuesta *Medical Economics* 2011 (edición estadounidense).

Estos resultados desiguales se reflejan en las respuestas de los encuestados a la pregunta de cómo funciona su consulta a nivel económico frente al año anterior. Casi dos de cada cinco (el 39 por ciento) aseguraron que sus consultas funcionaban peor, el 14 por ciento respondió que las cosas iban mejor y el 43 por ciento comentó que todo iba más o menos igual. Estas cifras son algo mejores que las de 2009, cuando el 46 por ciento afirmó que las cosas habían ido a peor en el pasado año, el 12 por ciento que las cosas iban mejor y el 37 por ciento aseguró no haber cambiado. En general, los ingresos

\* Los ingresos recogidos en el artículo reflejan cantidades brutas, sin descontar gastos ni impuestos.

## La perspectiva del médico mítico

Si tuviera la oportunidad de reescribir su historia, el médico que con mayor probabilidad optaría por la misma especialidad de nuevo ni siquiera existe: menor de 30 años, en ejercicio desde hace dos o menos años, que trabaja en áreas céntricas pobres del medio oeste de Estados Unidos, que gana casi 400.000 euros al año y con una media de 31 a 40 horas de trabajo semanales.

¿Aquellos con menos probabilidades de tomar las mismas decisiones? Los médicos de entre 50 y 54 años de edad, que llevan entre 11 y 20 años en ejercicio, que trabajan en un entorno rural del noreste más de 90 horas semanales a cambio de menos de 155.000 euros. ¿Quién puede reprochárselo?

Las tablas representan el conjunto de los médicos de Atención Primaria encuestados.



Matthew Finneran

“Mi mantra es cuidar al paciente como un todo”, explica Finneran. “Ahora mismo, solo nos pagan por las consultas puntuales, no por la gestión de las enfermedades. El reembolso por las consultas puntuales debe cubrir el salario de todos los demás miembros del equipo”.

Señala que muchos médicos más jóvenes quieren cobrar por todo lo que hacen, como la atención telefónica y las revisiones de los resultados de laboratorio. “Antes podíamos hacer frente a estos costes, pero ya no”, añade. “La población geriátrica precisa más cuidados. Solo la gestión de los fármacos supone horas de trabajo”.

## Ingresos de los médicos de Atención Primaria

Euros	Médicos generales y de familia		Internistas		Tocólogos/ginecólogos		Pediatras	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Menos de 100.000	24%	24%	21%	21%	19%	19%	23%	27%
Entre 100.000 y 123.000	18%	17%	12%	13%	6%	8%	17%	18%
Entre 123.000 y 133.000	16%	15%	20%	12%	8%	5%	13%	12%
Entre 133.000 y 153.000	12%	13%	14%	15%	9%	7%	12%	11%
Entre 153.000 y 190.000	13%	15%	13%	16%	21%	16%	15%	15%
Entre 190.000 y 230.000	7%	5%	6%	7%	13%	13%	8%	7%
Entre 230.000 y 235.000	3%	5%	4%	6%	10%	13%	5%	4%
Entre 235.000 y 300.000	2%	2%	1%	4%	6%	6%	2%	2%
300.000 o más	2%	4%	4%	3%	12%	13%	3%	4%

de Atención Primaria apenas variaron de 2009 a 2010.

Muchos de los médicos de Atención Primaria que participaron en las entrevistas de seguimiento realizadas este año aseguraron que su especialidad está infravalorada, aunque expresaron su optimismo ante la posibilidad de que esta situación cambie ya que su papel en la reducción de los costes sanitarios al coordinar los cuidados cada vez se valora más. Otros no están tan seguros.

Matthew Finneran de Wadsworth, Ohio, está dedicado a crear un centro médico centrado en el paciente en su consulta de geriatría y medicina familiar a pesar de las barreras económicas.

Finneran, que participa de forma activa en organizaciones de medicina familiar y ha sido presidente de la Academia de Ohio de Médicos de Familia (1999-2000), asegura que pagar a los proveedores de Atención Primaria realmente por todo su trabajo es positivo para médicos, aseguradoras y pacientes. “Es la mejor oportunidad de que todos salgamos ganando en nuestro sistema actual”, comenta.

### EL SALARIO DE LOS MÉDICOS

En general, los ingresos de Atención Primaria apenas cambiaron de 2009 a 2010. El salario medio para los médicos de familia, médicos generales e internistas fue el mismo en ambos años, de 125.000 euros. El salario medio descendió ligeramente, de 137.900 a 137.000 euros.

Los médicos sin participación accionarial en sus consultas tuvieron unos ingresos medios en 2010 de 157.700 euros.

El salario medio más alto entre los proveedores de Atención Primaria sin participación accionarial en sus consultas fue el de tocólogos/ginecólogos con 195.800 euros (mediana de 200.300 euros), seguidos de los internistas con 152.400 euros (mediana de 143.800 euros), los médicos generales y de familia con 133.300 euros (mediana de 124.200 euros) y los pediatras con 116.500 (mediana de 102.800 euros).

Aquellos con participación accionarial en sus consultas tuvieron unos ingresos netos medios en 2010 de 184.300 euros, con una mediana de 162.200 euros. Los tocólogos/ginecólogos con participación accionarial tuvieron unos ingresos medios de 189.700 euros (mediana de 162.300 euros), seguidos de los pediatras con 156.200 euros (mediana de 143.200 euros), los internistas con 146.300 euros (mediana de 143.200 euros) y los médicos generales y de familia con 137.900 euros (mediana de 124.200 euros).

Al combinar las mediciones de los salarios comunicados (sin participación accionarial) y los ingresos netos/



salario totales (con participación accionarial) en 2010, la media resultó ser de 170.600 euros, con una mediana de 143.200 euros. Los tocólogos/ginecólogos siguen liderando esta categoría con 192.700 euros (mediana de 181.300 euros), seguidos de los internistas con 149.000 euros (mediana de 143.200 euros), los médicos generales y de familia con 135.600 euros (mediana de 124.200 euros) y los pediatras con 133.300 euros (mediana de 124.200 euros).

Casi la mitad de los médicos en ejercicio (el 49 por ciento) tiene participación accionarial en su consulta, mientras la otra mitad (el 51 por ciento) trabaja como empleado de una corporación, hospital o consulta (sus únicos ingresos son el sueldo y las bonificaciones).

Muchos médicos aseguran que su respuesta al escaso reembolso y la mayor demanda de tiempo es simplemente trabajar más.

“Hasta que la sociedad adquiera la idea de pagar a los médicos de Atención Primaria por lo que realmente

hacen, no nos queda otra alternativa”, comenta Finneran. “Los especialistas ganan más dinero que nosotros y suelen tener menos gastos. Hay que reforzar tanto la AP como nuestro papel al evitar que los pacientes sean ingresados en el hospital y visiten al especialista”.

Uno de los médicos que sin duda trabaja más duro es Ellen Remenchik de Longview, Texas. “Suelo quedarme en el hospital o en mi despacho hasta las nueve de la noche los días de semana”, explica Remenchik, que lleva 27 años ejerciendo como internista. “En la actualidad, para sobrevivir en la medicina hay que trabajar muchas horas”.

Hace poco trasladó su consulta y tardó ocho meses en recibir un nuevo número de Medicare. “La burocracia fue totalmente increíble, y mi consulta es un 80 por ciento de Medicare”, añade. “No fue un buen año”. No cree que vengan años mucho mejores, ya que mientras la demanda de la atención médica es ilimitada, los fondos no lo son.



Ellen Remenchik

## ¿SE ARREPIENTE

# DE SU ELECCIÓN PROFESIONAL?

**L**os reembolsos se han reducido, los gastos han aumentado y el volumen de pacientes es mayor que nunca. ¿Quién volvería a elegir esta profesión si tuviera la oportunidad de empezar de cero?

En realidad, el 83 por ciento de los médicos estadounidenses respondió que sí lo haría, aunque una cuarta parte de ese grupo cree que las cosas podrían ir mejor en otra especialidad. Solo el 16 por ciento de los encuestados elegiría una profesión que no estuviera en absoluto relacionada con la medicina.

Dermatólogos, cardiólogos y pediatras fueron los que con mayor probabilidad elegirían de nuevo su especialidad, con el 90 por ciento, el 78 por ciento y el 73 por ciento respectivamente.

Aquellos con menor probabilidad de volver a tomar la misma decisión fueron los hospitalistas (el 53 por ciento) y los internistas (el 50 por ciento).

De entre los mayores de 65 años, solo un diez por ciento de ellos optaría por una profesión diferente si pudiera.

Aquellos menos dispuestos a permanecer en la misma especialidad fueron los médicos en el momento más intenso de su carrera, entre 50 y 54 años de edad (el 59 por ciento), seguidos de cerca de aquellos entre 45 y 49 años de edad (el 60 por ciento) y entre 50 y 54 años de edad (el 61 por ciento).

¿Quiénes elegirían con mayor probabilidad la misma especialidad otra vez? Aquellos en los extremos de su vida laboral: menores de 30 (el 77 por ciento),

### Preocupaciones de los médicos

- Honorarios y reembolsos/terceros pagadores (73 por ciento)
- Reforma sanitaria (54 por ciento)
- El valor de la Atención Primaria frente a las especialidades y el uso de profesionales de nivel intermedio (45 por ciento)
- Escasez de médicos (27 por ciento)
- Sistemas electrónicos de registro del historial médico (19 por ciento)
- Organizaciones sanitarias responsables (14 por ciento)

entre 30 y 34 años de edad (el 75 por ciento), y el grupo con más de 65 años de edad (el 71 por ciento).

Hombres y mujeres mostraron la misma predisposición a optar por la misma especialidad de nuevo (ambos con el 64 por ciento), pero las mujeres fueron algo más

propensas a asegurar que no volverían a decidirse por la medicina (el 18 por ciento frente al 15 por ciento de los hombres).

El número de horas que suelen trabajar los médicos afecta a su percepción de si han tomado o no una buena decisión profesional. Los médicos que trabajaban entre 31 y 40 horas a la semana fueron los más propensos a seguir el mismo camino de nuevo (el 68 por ciento). Los que trabajan más de 90 horas semanales respondieron sí solo el 55 por ciento de las veces.

La participación accionarial no pareció afectar demasiado a la disposición de los médicos para elegir la misma especialidad otra vez, como tampoco su media de visitas. Sin embargo, quizá no sea tan sorprendente que sí lo hiciera el recibir un pago justo. De aquellos que dijeron ganar más de 381.000 euros al año, el 81 por ciento aseguró que elegiría la misma especialidad otra vez. La cifra cayó hasta el 77 por ciento entre los médicos que ganan entre 305.000 y 381.000 euros, y hasta el 59 por ciento en el caso de aquellos que ingresan menos de 46.000 euros.

Cerca de la mitad de los médicos en ejercicio (el 46 por ciento) recomendaría a sus hijos o hijos de amigos estudiar medicina. Un 24 por ciento no está demasiado seguro, y el 30 por ciento no lo recomendaría.



## “TENER UNA MAYOR SEGURIDAD EN LOS INGRESOS ATRAERÁ A MÁS MÉDICOS A LA ASISTENCIA PRIMARIA”

—Robert Dow

### Ingresos por edad

Euros	Entre 30 y 34	Entre 35 y 39	Entre 40 y 44	Entre 45 y 49	Entre 50 y 54	Entre 55 y 59	Entre 60 y 64	Más de 65
Menos de 100.000	35%	16%	19%	15%	15%	17%	21%	39%
Entre 100.000 y 123.000	15%	14%	11%	12%	10%	13%	12%	10%
Entre 123.000 y 133.000	15%	13%	11%	10%	9%	9%	9%	8%
Entre 133.000 y 153.000	12%	11%	10%	11%	11%	10%	10%	9%
Entre 153.000 y 190.000	12%	14%	16%	16%	19%	15%	17%	9%
Entre 190.000 y 230.000	7%	9%	10%	8%	10%	9%	8%	8%
Entre 230.000 y 235.000	3%	8%	10%	9%	8%	9%	8%	5%
Entre 235.000 y 300.000	1%	4%	3%	5%	5%	5%	5%	2%
300.000 o más	1%	9%	10%	14%	14%	12%	11%	8%

### Ingresos por género

Euros	Hombres	Mujeres
Menos de 100.000	17%	30%
Entre 100.000 y 123.000	10%	16%
Entre 123.000 y 133.000	9%	12%
Entre 133.000 y 153.000	10%	10%
Entre 153.000 y 190.000	16%	12%
Entre 190.000 y 230.000	10%	6%
Entre 230.000 y 235.000	9%	6%
Entre 235.000 y 300.000	5%	2%
300.000 o más	14%	4%

“No hemos resuelto la cuestión de cómo asignar equitativamente los recursos en nuestra sociedad”, comenta Remenchik. “Toda la idea de la reforma sanitaria de Obama consiste en haber colocado a un montón de gente en Medicaid en 2014, pero nadie quiere financiarlo ¿De qué sirve colocar a gente en Medicaid si no se puede financiar?”

Aunque a veces Remenchik sueña con una carrera profesional en la que no tenga que trabajar entre 12 y 14 horas diarias tan solo para mantenerse, sigue sintiendo un gran orgullo por su trabajo. “Siempre habrá enfermos, y al menos yo hago algo positivo por la sociedad”, añade.

### RECHAZANDO EL ACUERDO

Amir Koohestani, que ejerce la medicina familiar y la medicina funcional en Richfield, Carolina del Norte, resiste la presión de atender a un elevado volumen de pacientes en lugar de ofrecer visitas más prolongadas y completas.

“Todos tenemos el ideal de ayudar a las personas, pero hemos perdido el rumbo”, comenta. “Una visita de tres, cinco o siete minutos no es suficiente para gestionar problemas como la depresión. Debemos llegar a las causas. ¿Ha habido abusos? ¿Tiene el paciente problemas económicos? ¿Hay causas genéticas? No deberíamos tratarlo todo de la misma manera, pero lo hacemos”.

Tomarse el tiempo necesario para ofrecer a los pacientes visitas más prolongadas a veces le supone recibir llamadas telefónicas de sus jefes en el hospital. “Cuando me preguntan por qué otro médico atiende a más pacientes que yo, les

respondo ‘es mejor que yo’”, comenta Koohestani. “Esto suele frenarlos al menos durante un minuto”, añade entre risas.

Koohestani describe su trabajo en la medicina funcional como ayudar “a las personas enfermas y cansadas de estar enfermas y cansadas”.

La demanda de este tipo de visitas va en aumento, y está agradecido porque el hospital le permita hacerlo. “Cobro por mi tiempo”, explica. “Ordeno pruebas de laboratorio más completas y necesito mantener conversaciones más prolongadas con mis pacientes, y por ello cobro más. Atiendo a un paciente por hora en lugar de a seis.

“No les doy un pescado a mis pacientes cada tres meses. Les enseño a pescar”, añade. “Por ejemplo, muchos pacientes diabéticos pueden curarse si les enseñamos el camino, pero lleva su tiempo. Probablemente mi salario no es mayor porque recibo menos bonificaciones, pero mi satisfacción sí lo es”.

Robert Dow, médico de familia de Londonderry, New Hampshire, asegura que una de las mayores pérdidas de tiempo para él es el papeleo. Cumplimentar los documentos de discapacidad, las autorizaciones previas y las múltiples variantes de un formulario para el mismo paciente reduce el tiempo que puede pasar atendiendo a sus pacientes.

“Tenemos que hacer demasiadas cosas aparte de ejercer la medicina”, añade. No obstante, asegura que las finanzas de su consulta estaban algo mejor en 2010 que en 2009. “He intentado centrarme en



Robert Dow



fomentar únicamente lo que hago, que es la manipulación osteopática en niños”, explica. “No hay muchos otros médicos en este campo que lo ofrezcan”.

Cree que lo más importante que puede hacer el gobierno para ayudar a los médicos de Atención Primaria es acabar con las incertidumbres sobre el reembolso de Medicare y Medicaid.

“Las dudas sobre el futuro son duras. Tenemos la suerte de contar con muchos pagadores privados en nuestra consulta, pero ¿y si no fuera así?”, pregunta Dow. “Tener una mayor seguridad atraerá a más médicos a la asistencia primaria”.

También podría aliviar el estrés que lleva a las consultas a trabajar con escasez de personal. Hace poco, el hospital que tiene su consulta en propiedad tuvo que despedir a tres empleados (un auxiliar médico y dos representantes del servicio de atención al paciente), a pesar de tener un volumen de pacientes suficiente como para contratar a otro médico.

“Los pacientes se dan cuenta cuando no se responde a sus llamadas telefónicas rápidamente y cuando tienen que esperar mucho más tiempo que antes”, añade Dow. “El personal tiene que trabajar muy duro para no quedarse atrás”.

## ESPERANDO LA JUBILACIÓN

Sin embargo, para algunos médicos trabajar más duro no es la solución. Elizabeth H. Edmunds, de 70 años de edad, con consulta propia de medicina familiar en Reading, Pensilvania, vio cómo hace poco uno de sus empleados abandonaba su puesto de trabajo sin aviso previo, obligándola a buscar un sustituto rápidamente.



Elizabeth Edmunds

“Es muy difícil llevar un negocio hoy en día con los recortes en los pagos”, explica. “Mis ingresos son más bajos que nunca, una tercera parte de lo que solía ganar y menos de 76.000 euros al año.

Por ello, no puedo ofrecer el salario y los beneficios necesarios para conseguir empleados realmente buenos. A veces ni siquiera puedo tener un sueldo porque no hay fondos”.

Trabaja una media de 30 horas semanales y pasa al menos entre 20 y 25 horas con el papeleo, además de las rondas en el geriátrico y las reuniones. “Ya no trabajo los sábados porque estoy demasiado cansada”, añade.

Sigue animando a los estudiantes verdaderamente comprometidos con el cuidado de los pacientes a optar por la medicina familiar por la satisfacción que recibe de su relación con sus pacientes, pero advierte de las consultas propias.

“Tendrán un salario mejor si trabajan como empleados. Tener una consulta propia es algo del pasado, aunque los pacientes disfrutaban de una relación personal con sus médicos, que conocían a toda la familia”, comenta.

En julio de 2006 implementó un sistema electrónico de registro del historial médico, pero aún no ha recibido nada del pago de incentivación que ofrecía el gobierno. “Ha

## Balance económico de progreso

Mejor que hace un año	14%
Más o menos igual	43%
Peor que hace un año	39%
Sin respuesta	4%

## Servicios complementarios

Servicios ofrecidos	% de encuestados que lo ofrecen
Servicios de laboratorio	47%
Electrocardiografía	43%
Espirometría	30%
Radiología	25%
Diagnóstico por imágenes	25%
Asesoramiento nutricional	20%
Monitoreo Holter	16%
Densitometría	15%
Cosmética/estética	11%
Dispensación de fármacos	12%

dañado mis ingresos”, asegura Edmund. “Por suerte, me encuentro en la recta final de mi carrera y espero jubilarme en 2012, en cuanto el hospital pueda hacerse cargo de mi consulta”.

Rick Morgan, médico de familia y de urgencias en Bullhead City, Arizona, coincide en que incluso en tiempos difíciles, la profesión conserva el potencial de proporcionar una gran satisfacción personal.



Rick Morgan

“Lo único que no ha cambiado en 20 años de medicina es que para ser feliz, hay que estar realmente dedicado a ayudar a los pacientes y a la comunidad”, comenta Morgan. “El reembolso económico ha disminuido, pero el pago emocional y espiritual permanece e incluso se ha incrementado ya que la demanda de médicos de medicina familiar comprometidos ha aumentado”.

“Disfruto enseñando a los médicos internos y a los auxiliares, y esto hace que la medicina siga siendo estimulante y apasionante”, añade.

Los especialistas ganan más pero “una buena asistencia primaria es más importante para ahorrar dinero y salvar vidas”, concluye.

# La opción menos cara puede no ser la más barata

AL COMPRAR UN PRODUCTO O UN SERVICIO, PAGAR MÁS AL PRINCIPIO PUEDE HACERNOS AHORRAR DINERO A LARGO PLAZO [ Por **MARK E. BATTERSBY** ]



**T**odos los médicos se enfrentan a diferentes opciones. Aunque la elección correcta para su consulta pueda parecer la menos costosa en un principio, en muchos casos, la opción que empieza siendo la menos cara acaba costando más ya sea de forma inmediata, a largo plazo, o en ambos momentos.

Tomar la decisión que mejor sirva a su consulta requiere, primero, saber lo que necesita la consulta, lo que cuesta, lo que podría costar y el coste de todas las demás opciones. Como ejemplo, pensemos en las cifras más básicas de la hoja de balance de toda consulta: la financiación.

Las opciones razonables de financiación son cada vez menos. Uno de los resultados ha sido que cada vez más médicos utilizan su propio dinero para financiar el funcionamiento de sus consultas. Prestarle su propio dinero a la consulta puede proporcionar la tan necesitada financiación, pero viene con un coste, a menudo llamado coste “de oportunidad perdida”. Es la cantidad que esos fondos le habrían hecho ganar si los hubiera mantenido

en sus ahorros o los hubiera invertido. Los bajos tipos de interés actuales devengados en los ahorros pueden reducir de forma considerable ese coste de oportunidad perdida, pero sigue siendo un factor a considerar.

## DESCONFÍE DE LOS INCENTIVOS

Al evaluar las opciones disponibles, desconfíe de los incentivos, como el alquiler gratis o los beneficios fiscales, ya que pueden enmascarar problemas, y usted o el director de su consulta deben descubrir si este es el caso antes de firmar.

En otros casos, los incentivos pueden costarle dinero a largo plazo. Por ejemplo, los proveedores suelen ofrecer descuentos por el pronto pago o por compras de ciertas cantidades de existencias médicas. Si los términos de crédito que le ofrecen son “1/10, neto/30”, significa que recibirá un descuento del uno por ciento si paga en 10 días, o que pagará la cantidad total si espera los 30 días estándar.

¿Es un buen trato? Depende. Debe pensar cuánto podría haber ganado con los fondos empleados para hacer el pronto pago y compararlo con el descuento recibido.

En general, cuanto más compre al mismo proveedor, más probabilidades tendrá de recibir descuentos para que no cambie de proveedor. No hay que olvidar, sin embargo, que puede estar sacrificando la calidad al comprar bienes a un proveedor más económico.

Los impuestos son una de las certezas de la vida, pero no por ello carecemos de opciones para reducirlos. Puede optar por deducir algunos costes inmediatamente o realizar pequeñas cancelaciones periódicas en el año en curso y siguientes.

No utilizar la Sección 179 de deducción de gastos del primer año puede tener sentido en un año en que los beneficios sean bajos. Esperar a hacer la deducción hasta un año en el que los beneficios, y los impuestos, sean más altos puede ahorrarle dinero a largo plazo.

## OPCIONES PARA REFORZAR SU RESULTADO FINAL

Cuando se trata de incrementar los beneficios, sus opciones son subir sus honorarios, reducir los costes o limitar su número de pacientes de Medicare. El pasado año una encuesta de médicos reveló que casi uno de cada tres médicos de Atención Primaria limitó su número de pacientes Medicare por los bajos/inciertos pagos del gobierno.<sup>1</sup>

Igualmente, la Academia Americana de Médicos de Familia informó el pasado año de que más del 12 por ciento de sus miembros simplemente no aceptan pacientes de Medicare, lo que supone un incremento frente al ocho por ciento en 2008 y al seis por ciento en 2004. No obstante, no hay que olvidar que limitar los pacientes de Medicare, o cualquier tipo de pacientes, puede resultar en una disminución de los ingresos.

Si usted es proveedor participante de Medicare, habrá aceptado las tasas de reembolso de Medicare como pago total por el año natural en cuestión. Si opta por el estado no participante, Medicare le pagará las solicitudes al 95 por ciento de la cantidad participante, proviniendo un 80 por ciento de la cantidad del contratista y un 20 por ciento del paciente.

Si su estado es de no participante, deberá rellenar el formulario de solicitud de beneficiario de Medicare y presentarlo en Medicare, que entonces pagará al paciente directamente. Después, es su responsabilidad facturar al paciente por los servicios administrados. No puede cobrar a los pacientes de Medicare por rellenar sus solicitudes, aunque al rechazar esta tarea, puede cargar honorarios adicionales hasta la tarifa límite de Medicare.

Otra opción para incrementar los beneficios es reducir los costes de la consulta. En una reciente encuesta realizada por Medical Group Management Association sobre los reembolsos

de Medicare se preguntó “¿De qué operaciones empresariales se habla actualmente en su consulta como consecuencia de la incertidumbre de los reembolsos de Medicare?”. La respuesta indica muchas opciones populares para recortar costes:

- Reducir el número de trabajadores de apoyo administrativo: **60,5 por ciento.**
- Reducir el número de personal clínico: **54 por ciento.**
- Retrasar los aumentos de sueldo y/o beneficios de los médicos: **71,6 por ciento.**
- Retrasar los aumentos de sueldo y/o beneficios del personal: **79,1 por ciento.**
- Retrasar la adquisición de sistemas de registro electrónico del historial médico: **45,3 por ciento.**
- Retrasar la adquisición de tecnologías de receta electrónica: **42,4 por ciento.**
- Retrasar la adquisición de nuevos equipos y/o servicios clínicos: **76,6 por ciento.**

### REGISTROS ELECTRÓNICOS DEL HISTORIAL MÉDICO

Una de las decisiones más difíciles que en la actualidad deben afrontar muchas consultas es si invertir o no el tiempo y el dinero necesarios para cumplir los requisitos de gestión de registros de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la

# THE 8TH ANNUAL World Health Care Congress EUROPE 2012

Sharing Global Innovations in Health Care

23 & 24, May 2012 • Dorint Hotel Amsterdam-Airport • Amsterdam, The Netherlands



## Elite Congress Speaker Panels Include:



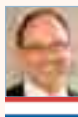
**Dr. Devi Shetty**  
Chairman  
**Narayana Hrudayalaya**  
(INDIA)



**Victor Dzau, MD**  
Chief Executive Officer  
**Duke University Health System**  
(USA)



**Dr. Gareth Goodier**  
Chief Executive  
**Cambridge University Hospital NHS Foundation Trust**  
(UNITED KINGDOM)



**Ab Klink**  
Former Dutch Minister of Health & Professor of Healthcare Labour and Political Direction  
**Vrije Universiteit - Amsterdam**  
(THE NETHERLANDS)



**Robert L. Jesse, MD**  
Principal Deputy Under Secretary for Health  
**Veterans Health Administration**  
(USA)



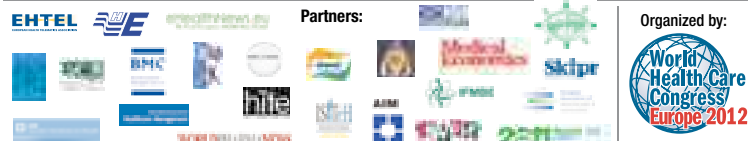
**Thomas Ballast**  
Chief Executive Officer  
**Association of Health Insurance Association (VDEK)**  
(GERMANY)

## Top 5 Reasons to Attend

- ➔ **Actively participate** in a high level forum with leading experts from the most effective health systems in Europe, the USA and from around the world
- ➔ **Develop** solutions to the pressing challenges of global healthcare, including: Affordability, efficiency, prevention and chronic disease management
- ➔ **Learn** how to unlock the transformative potential of a range of new and emerging innovations
- ➔ **Receive** the strategic information you need for business success in healthcare and the life sciences
- ➔ **Network** with colleagues old and new in an amazing location

Educational Underwriter:  
**vodafone**

Lead Exhibitor:  
**SmithKlineBeecham**



Cobertura Sanitaria de 1996. Informatizar los historiales de los pacientes y los sistemas de archivos aporta, gracias a la enorme capacidad de almacenamiento de los ordenadores, una gran eficacia para pacientes, médicos y terceros pagadores.

Obviamente, al utilizar sistemas de registro electrónico se ahorra dinero a largo plazo; no solo el coste del papel y las carpetas, sino también el de la mano de obra y el espacio. La eficiencia que se consigue tecleando unas cuantas palabras identificativas para recuperar el historial de un paciente, comparado con buscar entre miles de carpetas y rellenarlas una y otra vez, le ahorrará a su consulta u hospital muchos miles de dólares. No obstante, pasarse al registro electrónico es costoso y lleva su tiempo.

### OPCIONES DE SEGURO

Cuando una compañía aseguradora suprime la cobertura de una industria entera o incrementa las primas de forma general, la reacción automática suele ser buscar otra aseguradora. Aunque hacerlo puede no ser viable con cobertura por mala praxis debido a la escasez de aseguradores, hay varias opciones cuando se trata de otras necesidades del seguro, como responsabilidad, interrupción del negocio e indemnización de los trabajadores.

Tanto si decide alejar su consulta de su aseguradora actual

profesional independiente. Los honorarios suelen ser más económicos que los de empresas más grandes.

No obstante, el profesional independiente o la empresa pequeña puede necesitar tiempo para llegar a familiarizarse con las necesidades de un cliente, a menudo a cuenta de este último, mientras las empresas de servicios profesionales más grandes suelen contar con expertos en una variedad de especialidades.

### ALQUILAR FRENTE A COMPRAR

Otra elección que puede estar sopesando es si alquilar o comprar nuevo equipo, un sistema informático, instrumentos o cualquier otro material de consulta. Según la Equipment Leasing Association of America, una asociación comercial para la industria, más del 80 por ciento de las empresas norteamericanas alquila una parte o la totalidad de sus equipos.

Alquilar es una excelente protección frente a la obsolescencia. También puede conllevar pagos mensuales más reducidos que los de un crédito, así como ventajas fiscales, la conservación del capital de trabajo y el evitar un pago inicial que se lleva gran parte del efectivo.

No obstante, no hay que olvidar que con el alquiler probablemente el precio a largo plazo será mayor.

Otra desventaja del alquiler es que obliga a la consulta a

## EN GENERAL, CUANTO MÁS COMPRE AL MISMO PROVEEDOR, MÁS PROBABILIDADES TENDRÁ DE RECIBIR DESCUENTOS PARA ASEGURARSE SU FIDELIDAD

como reemplazar a la aseguradora que le rechazó, otra compañía aseguradora ofrecerá primas más bajas. Por desgracia, las primas más bajas suelen durar solo un año, y la aseguradora las subirá rápidamente siguiendo su política de renovación. También puede ocurrir, en la situación económica actual, que la aseguradora quiebre porque sus primas eran demasiado bajas o porque prometió una protección demasiado amplia.

Además de evaluar otras aseguradoras, puede reducir sus primas asumiendo un deducible más alto. Muchos profesionales de los seguros recomiendan asumir deducibles más altos en los seguros de propiedad y poner el dinero ahorrado en una cobertura adicional de responsabilidad.

Invirtiendo unas pocas horas en la adquisición inicial para conseguir lo mejor, las opciones de seguro más adecuadas pueden hacerle ahorrar miles de dólares en primas o solicitudes en el futuro.

No hay que olvidar que con los seguros normalmente se recibe el servicio por el que se paga. En otras palabras, no es recomendable ignorar los peligros reales solo porque la cobertura supone unas primas cuantiosas.

También hay opciones en el campo de los servicios profesionales. La elección evidente para obtener asesoramiento legal y contable es una pequeña empresa competente o un

tener un equipo durante un periodo de tiempo determinado, lo que puede resultar problemático para una consulta inestable.

Decidirse por la mejor opción para su consulta médica debería implicar mucho más que simplemente decantarse por la elección más económica. Al igual que con la compra o el alquiler, la clave reside en evaluar todas las opciones disponibles, así como las consecuencias de cada una de ellas.

Evaluar de forma correcta sus opciones puede ayudarle a tomar la decisión adecuada para su consulta médica, que resultará en costes reducidos, menos impuestos, médicos satisfechos, pacientes felices y lo que es más importante, una consulta cada vez más rentable.

### REFERENCIA

1. American Medical Association. AMA Online Survey of Physicians: The Impact of Medicare Physician Payment on Seniors' Access to Care, May 2010. [www.ama-assn.org/resources/doc/washington/medicare-survey-results-0510.pdf](http://www.ama-assn.org/resources/doc/washington/medicare-survey-results-0510.pdf) Accessed August 8, 2011.



*El autor es periodista de negocios y finanzas en Ardmore, Pensilvania. Envíe sus comentarios a [medeconomics@drugfarma.com](mailto:medeconomics@drugfarma.com).*



Más de 3.000 médicos participarán en el Programa AAP 2012

# La **actualización** en **riesgo cardiovascular,** una **formación clave** en **AP**

EL PROGRAMA AAP 2012 DE ACTUALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LIVE-MED ESPAÑA HA COMENZADO CON UN NOTABLE ÉXITO DE ASISTENTES. BILBAO Y MURCIA HAN SIDO LAS PRIMERAS SEDES DE ESTA ACTIVIDAD FORMATIVA QUE CONTINUARÁ EN LOS PRÓXIMOS MESES HASTA COMPLETAR LOS DIEZ CURSOS PREVISTOS PARA ESTE AÑO.

**J**osep Maria Cots Yago, médico de familia y profesor de la Universidad de Barcelona, actuó como moderador en estas dos primeras citas del Programa 2012. Cots introdujo las sesiones científicas resaltando la necesidad que existe en Medicina de mantenerse constantemente actualizado, máxime en un momento como el actual en el que la presión sobre la Atención Primaria no deja de crecer. Es a esa necesidad a la que da respuesta el modelo formativo de Live-Med España, concebido desde el punto de vista de su utilidad en la práctica asistencial diaria. En este sentido destacan los nuevos módulos formativos dedicados al manejo del riesgo cardiovascular y de la EPOC: el riesgo cardiovascular,

módulo presentado por José Luis Llisterri, como entidad *princeps* en la actividad preventiva, diagnóstica y terapéutica del médico de Atención Primaria, con especial atención al manejo de la hipertensión arterial y la valoración del riesgo tromboembólico asociado a la fibrilación auricular; y asimismo las últimas recomendaciones para la atención a la EPOC a través de GesEPOC, la nueva guía española de referencia para el tratamiento de esta entidad. Estas dos importantes actualizaciones se completaron con nuevas aportaciones en diabetes, osteoporosis, patología articular y métodos diagnósticos, en concreto la valoración e interpretación de la prueba PCR en enfermedades infecciosas.

Entre ambas ciudades, Bilbao y Murcia, fueron casi 300 los médicos asistentes, y una amplia mayoría de ellos destacaron al final de la jornada el carácter práctico de las ponencias y la facilidad para trasladar sus contenidos a la labor clínica diaria.

El objetivo de Live-Med España es ofrecer al médico y al profesional sanitario recursos de educación continuada concebida en términos muy definidos de rigor científico en los contenidos. Los programas, desarrollados de forma *on-line* o presencial, facilitan una gran accesibilidad para su realización por parte del médico. A estas dos premisas se une el hecho diferencial de ser educación continuada independiente, avalada y acreditada. Este concepto de formación presencial concita a más de 180.000 médicos de todo el mundo a través de los cursos organizados por Pri-Med en Estados Unidos, y Live-Med en España, México y Brasil.

### LA IMPARCIALIDAD, PRINCIPAL VALOR

Además, los médicos destacaron como valores fundamentales del Programa AAP 2012 su imparcialidad y el rigor científico de sus contenidos.

El modelo formativo de Live-Med España presta especial importancia a la independencia de sus programas, con una clara diferenciación entre los contenidos científicos de los cursos y el patrocinio comercial que los hace posibles.

En ese sentido destaca el aval del LiveMed Institute Spain, organismo presidido por Arturo Fernández-Cruz, jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, y creado específicamente para supervisar las actividades de

**EL 95% DE LOS ASISTENTES A LOS CURSOS MANIFIESTA SU DESEO DE REPETIR LA EXPERIENCIA**

### PRÓXIMOS CURSOS DEL PROGRAMA AAP 2012

- Sevilla, 19 de abril
- Valencia, 26 de abril
- Barcelona, 15 de mayo
- Zaragoza, 31 de mayo
- Valladolid, de octubre
- Vigo, 25 de octubre
- Badajoz, 8 de noviembre
- Madrid, 15 de noviembre



Uno de las claves del éxito de los programas formativos de Live-Med es el elevado nivel de su cuadro académico.

Live-Med España, que en sus dictámenes hace primar, entre otros criterios de calidad, la valoración en cada programa de su utilidad para la práctica clínica y la ausencia de sesgo comercial en sus contenidos.

El Programa está reconocido con 1,1 créditos de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, y se realiza observando

las nuevas normativas para el patrocinio comercial de actividades de formación médica continuada impuestas por los organismos acreditadores, en consonancia con las directrices vigentes en esta materia promovidas desde la Unión Europea e inspiradas en las tendencias de nuestro entorno según la pauta marcada por

Estados Unidos, país puntero en formación médica independiente y de calidad.

### NUEVAS CITAS

El Programa AAP 2012 continuará desarrollándose en los próximos meses recorriendo la geografía española. Sevilla, el 19 de abril, y Valencia, el 26 del mismo mes, son las dos citas más próximas de este programa de formación médica independiente en vivo que acerca a los médicos de toda España, de modo accesible a su entorno, la puesta al día más rigurosa en las diversas áreas de competencia de los facultativos de AP y en sintonía con su práctica clínica diaria.

La actual es la octava edición del Programa de Actualización en Atención Primaria que desarrolla Live-Med España. El curso pasado fueron más de 2.500 los médicos que recibieron formación gracias a estos cursos, expresando una opinión muy favorable sobre los mismos en las encuestas de satisfacción realizadas: un 95 por ciento estaría dispuesto a repetir la experiencia, un 93 por ciento valoró la imparcialidad de la información recibida y un 97 por ciento de ellos indicó que el curso resulta "útil y de gran calidad".

# Aragón plantea soluciones

DIRECTIVOS DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD DESGRANAN LAS LÍNEAS MAESTRAS DEL PLAN ESTRATÉGICO 2012-2015.

[ Por G. S. S. ]

**H**emos consultado a los profesionales para que nos digan dónde y cómo tenemos que actuar de cara a tener un sistema público de salud competitivo". Así se expresó Tomás Tenza, director gerente del Servicio Aragonés de Salud (SALUD), en el I Encuentro *Medical Economics* de Gestión Sanitaria celebrado el pasado 14 de marzo en Zaragoza, en referencia al Plan Estratégico 2012-2015. Dicho plan desgrana las medidas que se pondrán en marcha con el fin de conseguir, sin recortes y mediante una gestión más eficaz, el déficit cero en Sanidad. Tenza añadió: "Queremos que los resultados vengan de abajo arriba, no al revés". Por eso "hay que contar con la implicación de los profesionales sanitarios", añadió.



**Tomás Tenza, director gerente del Servicio Aragonés de Salud; Asunción Somoza, directora de Relaciones Institucionales de Astellas; y Gonzalo San Segundo, director de *Medical Economics*, estuvieron acompañados en la reunión por destacados directivos de la sanidad pública aragonesa.**

En la reunión, organizada por esta revista con la colaboración de Astellas Pharma, el gerente del SALUD estuvo acompañado por una selección de directivos de su Servicio quienes, en sus áreas de competencia, expusieron y debatieron los pormenores del Plan Estratégico, que incluye un diagnóstico de situación y 403 propuestas de actuación. Estas propuestas o medidas ya fueron presentadas por la presidenta de la comunidad autónoma, Luisa Fernanda Rudi, y por el consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, Ricardo Oliván.

Una de las líneas estratégicas comentadas en la reunión fue la colaboración entre la Atención Primaria (AP) y la especializada. Con "pacientes añosos y pluripatológicos", se arguyó, la mencionada colaboración pasa, entre otros aspectos, por potenciar la figura del coordinador en los centros de salud y darles función ejecutiva, nombrar comisiones paritarias, crear la figura del internista consultor de AP y poner énfasis en el tratamiento farmacológico. "En el tema del medicamento y en la prescripción de calidad hemos ido separados la Primaria y la especializada, dos mundos que vamos a unir", se dijo.

Una unión que vendrá de la mano, entre otras herramientas y disposiciones, de la historia clínica electrónica (HCE) y de la receta electrónica, cuya experiencia piloto, que se lleva a cabo en Cariñena, está dando buenos resultados: de 8.000 tarjetas, ya se han incluido en un par de meses al 25 por ciento de los pacientes. La receta electrónica, cuya implantación se completará en el verano de 2013, incluye la historia farmacoterapéutica del paciente.

Pero donde el Plan Estratégico incide de una forma especial es en la gestión sanitaria, aspecto este en el que hay que "aplicar el sentido común". En este sentido, el Servicio Aragonés de Salud estudia la mejor fórmula para comprar medicamentos: subasta electrónica o potenciar la central de compras existente, que, para conseguir una mayor eficacia, han integrado en el área económica.

Mientras tanto, el SALUD espera a que se constituya el comité coste-efectividad en el capítulo de los fármacos dentro de la red de agencias de calificación, en la que está integrada mediante el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). En este contexto y apelando al uso adecuado del medicamento, el SALUD confía en ahorrar en el capítulo de farmacia, especialmente en la farmacia hospitalaria.

Según Tenza, el IACS, que precisa de una coordinación con el ámbito asistencial, recogerá y canalizará todo tipo de investigación sanitaria, incluida la biomédica. Mientras tanto, el Servicio Aragonés de Salud, que ya ha reducido a dos las cuatro gerencias de área (el objetivo es "ir hacia la gerencia única", explicaron), se fortalece en telemedicina, aspecto en el que el Hospital de Barbastro presenta lo más pionero de Europa.



# Mal comportamiento consciente o inconsciente

APRENDA A RECONOCER Y ABORDAR LAS CAUSAS  
SUBYACENTES DE LOS COMPORTAMIENTOS DESTRUCTIVOS  
EN EL TRABAJO

[ Por **ARTHUR LAZARUS**, ]

**S**igmund Freud consideraba los arrebatos emocionales, denominados en psicoanálisis *acting out*, como un concepto clínico específicamente relacionado con el tratamiento psicoanalítico. Durante el tratamiento, los actos de los pacientes pueden representar la única forma en que recuerdos y deseos reprimidos encuentran una salida a la superficie. En otras palabras, los elementos inconscientes, más que recordarse, se representan. Freud observó que una persona puede manifestar un *acting out* de una dinámica importante si es incapaz de conectarla emocional o conscientemente con la fuente de tensión o conflicto. El *acting out* puede ocurrir tanto dentro del marco de tratamiento como fuera de él.

El célebre padre del psicoanálisis introdujo el término *acting out* en relación a su paciente Dora. Tras varios meses, Dora abandonó el tratamiento repentinamente y Freud atribuyó esta interrupción a sentimientos de la pa-

ciente por una figura importante del pasado, un hombre llamado Sr. K.

Freud comentó, “se vengó en mí porque quería vengarse de él, y me abandonó porque ella creía haber sido engañada y abandonada por él. Por tanto, manifestó un *acting out* de una parte esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de producirla en el tratamiento”.

Desde que Freud introdujera el término *acting out* hace más de cien años, este se ha utilizado para describir una amplia gama de comportamientos impulsivos, antisociales y peligrosos sin tener en cuenta la situación que provoca tales actos. Además, el *acting out* se ha confundido con el término “mal comportamiento”. Este último se refiere a una mala conducta consciente y deliberada; no es un *acting out*. Así, a los médicos considerados “perjudiciales” y “dañinos” se les suele poner erróneamente la etiqueta de *acting out*. En realidad, lo que hacen es exhibir un com-

portamiento indeseable o problemático del que son totalmente conscientes y que pueden controlar. Los médicos perjudiciales y dañinos no siempre están necesariamente manifestando un *acting out* de algún tipo de conflicto interno inconsciente.

A diferencia de los actos realizados por médicos perjudiciales y dañinos, este artículo revisa un comportamiento más sutil que puede contemplarse como un ejemplo de *acting out* estrechamente relacionado con la intención y las observaciones originales de Freud. Seguramente reconozca algunos de estos comportamientos en usted mismo o en sus colegas; en caso de ser percibidos por otras personas, podrían conducir al desastre.

**1. Retrasos.** Llegar tarde a las citas y reuniones es quizá la forma más común de *acting out* en los médicos. Todo el mundo puede retrasarse de vez en cuando, pero las tardanzas por sistema sugieren una falta de ganas de estar allí. La puntualidad demuestra a los demás que

**3. Omnisciencia.** Por otro lado, algunos médicos trabajan demasiado y parecen estar en todas partes a la vez. Estos médicos, al aceptar este régimen sin ni siquiera cuestionarlo, pueden estar manifestando un *acting out* de un deseo inconsciente de poseer capacidades y poderes que trasciendan lo que generalmente se considera humano. Sin embargo, las largas horas de trabajo pueden producir un efecto perjudicial sobre su capacidad de proporcionar cuidados de alta calidad teniendo en cuenta los costes. Los residentes y cirujanos son los más propensos a esta forma de *acting out*.

El 28 de septiembre de 2010, tras meses de declaraciones, audiencias y observaciones públicas, el Consejo de Acreditación para la Formación Médica de Posgrado en Medicina de Estados Unidos aprobó nuevos estándares de trabajo para los 111.000 residentes nacionales. Las nuevas normas entraron en vigor el pasado 1 de julio. Las horas de trabajo se mantendrán en un máximo de 80 a la semana, promediadas durante un periodo de

## TODO EL MUNDO PUEDE RETRASARSE DE VEZ EN CUANDO, PERO LAS TARDANZAS POR SISTEMA SUGIEREN UNA FALTA DE GANAS DE ESTAR ALLÍ

respetamos su tiempo y estamos ansiosos por participar y ayudarles.

Cuando era residente geriátrico, me encargaron la co-dirección, junto a un psicólogo clínico, de unas sesiones de terapia de grupo para personas mayores. El psicólogo se enfrentó conmigo por llegar tarde a la terapia repetidas veces. Admití que no me gustaba la terapia de grupo y que tampoco me interesaba la psiquiatría geriátrica. Tras una retahíla de excusas, la mayor parte de los médicos impuntuales admitirán la verdad, al igual que hice yo.

**2. Indisponibilidad.** Mientras los retrasos pueden indicar una desgana a participar, no estar disponible demuestra una indiferencia total por pacientes y colegas. Ejemplos comunes son tener el teléfono o el busca apagado; no responder a las llamadas de teléfono, correos electrónicos e invitaciones a reuniones; y hacer de su paradero un secreto. Estos actos representan una forma grave de comportamiento pasivo-agresivo.

No estar disponible perjudica el vínculo y los cimientos de las relaciones y la mayor parte de los estándares lo consideran poco profesional. Muchos médicos creen que si no están disponibles, las relaciones no prosperarán y que los colegas o pacientes no esperarán nada de ellos. En cualquier caso, estos médicos piensan (erróneamente) que no tendrán que hacerse cargo de nada.

cuatro semanas, aunque habrá una supervisión considerablemente mayor de los estudiantes del primer año de posgrado, incluidos los límites de sus horas de trabajo (un máximo de 16 horas al día).

**4. Desgaste laboral.** El *acting out* es una consecuencia bien conocida del desgaste laboral. El desgaste que sufren los médicos puede revelarse a través de un *acting out* con los pacientes, normalmente en forma de violación de los límites u otros comportamientos no éticos. Entre los ejemplos se encuentran las relaciones sexuales entre médico y paciente; la violación de la confidencialidad del paciente; el contacto social con los pacientes; la prescripción de recetas para familia, amigos o el propio médico; y la divulgación de información personal. El desgaste también se relaciona con la conducta poco profesional de los estudiantes de medicina.

Los médicos que ejercen la medicina y sufren el desgaste laboral revelan una menor empatía hacia sus pacientes y tienden a cometer errores médicos y a padecer depresión y abuso de sustancias. De hecho, Estados Unidos pierde al año aproximadamente unos 700 médicos por suicidio y abuso de sustancias. Por supuesto, la mayor parte de los médicos que sufren desgaste laboral no manifiestan el *acting out* hasta estos extremos.

**5. Falta de productividad.** El desgaste laboral y la depresión son causas comunes del descenso de la productividad en los médicos. Sin embargo, habría que distinguir los que sufren desgaste de aquellos cuyo rendimiento disminuye porque se dedican a hacer el vago en horas de trabajo o realizan demasiadas actividades personales, siendo ambos comportamientos formas comunes de *acting out*. Los ejemplos incluyen realizar frecuentes llamadas telefónicas no relacionadas con los pacientes,



**Los médicos deben ser capaces de mantener sus intenciones y berrinches a raya.**

navegar por Internet, enviar correos electrónicos a los amigos, mantener conversaciones con los compañeros de trabajo, realizar recados personales y leer el periódico.

El difunto gran humorista George Carlin dijo una vez, “nadie llega a su hora a trabajar, es verdad. Deberíamos llegar a tiempo, pero que le den a la empresa. Esos primeros veinte minutos nos pertenecen, ¿no es cierto?” A pesar de la imagen despreocupada de Carlin, su ética del trabajo era impecable, y en su sátira, “Bienvenido a mi trabajo”, señalaba que hacer el vago en horas de trabajo “no es una actitud que vaya con el espíritu americano”.

**6. Cambios profesionales.** La mayor parte de las organizaciones reconocen que los médicos vivirán diferentes periodos breves profesionales debido a alguna forma de reconfiguración corporativa o por un ascenso. Pero los médicos que cambian de trabajo muchas veces, digamos cada dos o tres años, quizá estén manifestando el *acting out* de alguna fantasía inconsciente.

Al principio de mi carrera profesional, veía el cambio de trabajo como un atajo para alcanzar el poder y el liderazgo. Llegué casi hasta la cima, pero más tarde me di cuenta de que los cambios frecuentes de trabajo pasan factura emocional y económicamente, y que también afectan al cónyuge y a los hijos.

Tuve que aprender a ser paciente, y al final encontré la satisfacción realizando investigaciones clínicas. Llevo trabajando en la misma empresa más de siete años, más tiempo que en cualquier otro trabajo.

**7. Abuso de la cuenta de gastos.** Los médicos que abusan de las cuentas de gastos suelen sentir que tienen ese derecho y actúan con enfado y arrogancia. Las infracciones más comunes incluyen inflar los gastos, superar los límites de gasto establecidos (sobre todo, gastos excesivos en hoteles y restaurantes) y desgravar los gastos personales. Este comportamiento no es ético y puede acabar en despido, con o sin cargos penales.

El abuso de las cuentas de gastos también plantea algunas preguntas sobre la toma de decisiones y la confianza. Si decimos que la cena de 35 euros costó 45 o que el taxi salió por 15 euros cuando en realidad fueron 12, ¿sobre qué más cosas podemos mentir? Hay cuatro reglas que los médicos deberían seguir a la hora de utilizar las cuentas de gastos: 1) decir la verdad; 2) gastar el dinero como si fuera el propio; 3) aplicar en los gastos de empresa los mismos principios de ahorro y reducción de costes que en casa; y 4) cargar a la cuenta solo las cosas que estén realmente relacionadas con el trabajo.

**8. Protocolo.** Un comportamiento menos grave, aunque igual de inapropiado, puede observarse en los médicos cuyos *acting out* reflejan un protocolo inadecuado en el trabajo. En esta categoría se engloba una amplia gama de comportamientos inadaptados. Los más comunes son la falta de modales en la mesa, acicalarse en lugares públicos, llevar ropa inadecuada (descuidada, provocativa, que sienta mal, etcétera), dejar las puertas cerradas cuando va a entrar otra persona y no mantener en buen estado las cocinas y equipos compartidos en la consulta (por ejemplo, dejar la fotocopidora atascada y la impresora sin papel).

No estar dispuesto a adaptarse a las normas sociales indica una falta de respeto y una actitud de superioridad. El caso más atroz que he presenciado fue el de un

médico que abandonó una cena de empresa para utilizar el lavabo de caballeros. El médico estaba sentado en el medio de una larga mesa, con la espalda contra la pared. En lugar de excusarse y pedir a los demás invitados que movieran sus asientos para dejarle pasar, ¡el médico de repente se levantó de su silla, se subió a la mesa, la atravesó y se bajó de un salto! Abandonó la empresa algunos meses después (hubo más meteduras de pata), pero es asombroso que pudiera conservar su empleo durante tanto tiempo. ¡Nadie quiere ser el tema de cenas legendarias!

**9. Comunicación impropia.** Emplear un lenguaje blasfemo, gritar, enviar mensajes por el teléfono móvil o correos electrónicos durante las reuniones de empresa; co-tillar sobre los pacientes y compañeros de trabajo; y no controlar el contenido y privacidad de las redes sociales constituye una forma especialmente virulenta de *acting out*

o destructivo. Aunque la causa del *acting out* puede ser inconsciente, usted conoce su comportamiento y es capaz de realizar una introspección. A continuación, dirige una mirada al pasado. Pregúntese si podría existir una relación entre entonces y ahora. El comportamiento del *acting out* suele ser muy simbólico.

Por ejemplo, el enfado está detrás de muchos tipos diferentes de *acting out*. ¿Podría su enfado ser el resultado de una rebelión precoz contra las figuras de autoridad, como padres y profesores? ¿Fue abandonado por un progenitor o figura paternal y es por eso por lo que llega tarde a las reuniones o ni siquiera se presenta? Los cambios frecuentes de trabajo podrían manifestar un *acting out* de la necesidad de la propia conservación. Y en la medida en que las relaciones laborales pueden fomentar actitudes infantiles, el comportamiento errático que puede surgir en respuesta, por ejemplo, a la muerte

## AUNQUE LA CAUSA DEL ACTING OUT PUEDE SER INCONSCIENTE, USTED CONOCE SU COMPORTAMIENTO Y ES CAPAZ DE REALIZAR UNA INTROSPECCIÓN

*out*. Los médicos deben ser capaces de mantener sus intenciones y berrinches a raya. No deberían comunicarse a través de canales inadecuados, enviar mensajes salaces ni compartir información confidencial en Internet para que todo el mundo pueda verla. Uno de mis compañeros de trabajo perdió su empleo porque utilizó recursos de la empresa (correos electrónicos y cuentas de gastos) para continuar una aventura extramatrimonial cuando viajaba por trabajo.

Las normas que controlan las comunicaciones en el escenario médico cambian rápidamente por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Cobertura Sanitaria de Estados Unidos, los avances en las tecnologías de la comunicación, las normas cambiantes y las mayores expectativas sobre lo que constituye una conducta ética. El comportamiento de los médicos que hace cinco o diez años no se hubiera revisado, en la actualidad podría considerarse abusivo, hostil e injusto. Como mi profesor de quinto curso siempre nos recordaba, a buen entender pocas palabras bastan.

### CÓMO IDENTIFICAR Y ABORDAR ESTOS COMPORTAMIENTOS

Puesto que el verdadero *acting out* es una manifestación de un conflicto emocional que no puede reconocerse de forma consciente, ¿cómo estar seguro de manifestar un *acting out*? En primer lugar, pregúntese si está atascado en un patrón de comportamiento inadecuado

o jubilación de una figura clave con la que trabajó podría provocar el comportamiento que se designa como *acting out*.

La ayuda profesional siempre es una buena idea al explorar cuestiones psicológicas complejas e intentar resolverlas. Un terapeuta competente puede ayudarle a valorar cualquier comportamiento de *acting out*, así como su importancia como forma especial de comunicación o expresión, aunque deba reemplazarse por comportamientos más saludables.

Con independencia del origen, y hasta que la psicoterapia pueda tener efecto, el *acting out* suele responder a un estricto establecimiento de límites. Tanto si usted mismo se establece los límites como si es otra persona quien lo hace. Las consecuencias para los médicos que posteriormente manifiestan un *acting out* pueden incluir periodos de prueba, asesoramiento obligatorio o el despido. El enfoque para tratar con médicos que manifiestan *acting out* es básicamente el mismo que el tratamiento de médicos discapacitados o destructivos, a pesar del hecho de que el *acting out* tiene profundas raíces en el inconsciente.



*El autor es director general de desarrollo clínico global en AstraZeneca Pharmaceuticals, en Washington, Delaware. Sus opiniones son suyas y no necesariamente las de AstraZeneca.*

» **HeartStart XL+, el desfibrilador adaptable a niños y adultos**

Philips ha lanzado al mercado HeartStart XL+, un nuevo desfibrilador con monitor para hospitales y otros centros sanitarios. Desde la compañía destacan que se trata del único desfibrilador que, en modo DEA (desfibrilador externo automático), puede desfibrilar a cualquier paciente, incluidos niños, sin parches especiales, lo cual ahorra tiempo cuando se trata de responder a una emergencia cardiaca.

Algunas de las funciones que facilitan su uso son un indicador en el panel frontal del dispositivo que indica el estado de la batería, un indicador activo "listo para su uso" y la sencillez de la interfaz y el cableado.

Otra ventaja es que permite pasar fácilmente del modo DEA para adultos al modo DEA para lactantes y niños, ya que se consigue con solo pulsar un botón.

» **Tecnología para mejorar la calidad de vida de las personas mayores**

La Universidad Europea de Madrid ha desarrollado una aplicación informática que mejora sustancialmente las técnicas de apoyo para personas dependientes -Planificación Centrada en la Persona (PCP)- y otorga una mejor calidad de vida a los mayores. El proyecto consiste en la incorporación de nuevas tecnologías a estas técnicas de PCP y se presenta, en el marco del Año Europeo del Envejecimiento Activo, en un momento en el que dos de cada tres dependientes españoles tienen 65 años o más.

Para lograr sus objetivos el sistema aplica a las técnicas de PCP herramientas tecnológicas como plataformas *on-line* y dispositivos móviles que generan importantes beneficios a sus

*Nace la primera cátedra en cirugía robótica oncológica abdominal de España*



**Intervención con el robot Da Vinci de HM Hospitales.**

HM Hospitales, la Universidad CEU San Pablo y Palex Medical han firmado un convenio de colaboración para crear la primera Cátedra en Cirugía Robótica Oncológica Abdominal de España, una iniciativa que contempla diversas y estratégicas líneas de actuación con el objetivo final de promover una mejora en el tratamiento del cáncer abdominal.

Desde la cátedra se pretende, a través de diferentes acciones, proporcionar la información científica necesaria sobre la cirugía robótica en el tratamiento quirúrgico del cáncer localizado en el área abdominal, así como constituirse en foro de debate para los profesionales cuya actividad científica o profesional se centre en esta área del conocimiento y de la investigación.

Así, entre los objetivos de esta iniciativa destacan la puesta en marcha de programas en investigación, desarrollo e innovación.

que integra funcionalidades seguras de reconocimiento de voz, siguiendo los principios de no instalación en la parte del cliente, coste cero de instalación y esfuerzo cero de integración en múltiples plataformas. Permite que

usuarios. Además, facilitan y hacen más efectiva la labor a sus grupos de apoyo, que hasta ahora encontraban grandes dificultades para desarrollar su trabajo al apoyarse únicamente en encuentros presenciales y llamadas telefónicas periódicas.

La tecnología se despliega principalmente a través de tres soportes. El primero de ellos es un portal web ([www.seniorpcp.com/PortalPCP](http://www.seniorpcp.com/PortalPCP)); el segundo, SeniorGPS, consiste en una aplicación móvil Android de *software* libre; el último soporte es Rubik, un sistema que recopila y analiza datos de uso de los servicios ofrecidos por SeniorGPS y las consultas a la documentación del proyecto.

» **Nuance sube a la nube el reconocimiento de voz**

Nuance ha dado un paso más en el reconocimiento de voz con el lanzamiento de 360° Development Platform. Se trata de la primera solución para la sanidad que permite el reconocimiento de voz en la nube, en cualquier momento y desde cualquier ubicación del centro sanitario, con una cobertura de 360°. La principal novedad es que ahora es posible habilitar el reconocimiento de voz en cualquier aplicación clínica accesible desde ordenadores de sobremesa, cualquier navegador web, *tablet* o *smartphone*. Para ello dispone de tres componentes diferentes:

- 360° SpeechAnywhere Services. Es un nuevo conjunto de servicios basados en tecnología en la nube

el reconocimiento de voz esté disponible tanto en aplicaciones móviles como en los entornos tradicionales de aplicaciones de escritorio y clientes ligeros.

- Dragon Medical 360° Network Edition. Es la nueva solución de escritorio *click-once* para el reconocimiento de voz en tiempo real. También basada en la nube, permite el uso de la más avanzada tecnología de Nuance siempre y desde donde quiera, en los editores de texto más utilizados.

- 360° SpeechMagic SDK. Es un *set* de integración para funcionalidades de voz desde el dictado digital hasta el reconocimiento de voz en tiempo real y diferido; en su última Versión 7 Release 3. Además incluye herramientas avanzadas como el Speech Analytics o el Speech Accuracy Trainer.

### » Una aplicación facilitará las prescripciones a los médicos madrileños

El Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM) ha firmado un acuerdo de colaboración con la empresa de tecnología móvil iDoctus por el que los más de 35.000 médicos de la comunidad, tanto de Atención Primaria como de especialidades, dispondrán a partir del 24 de abril de esta nueva aplicación de forma gratuita.

Con iDoctus tendrán acceso a una base de datos con las 580 patologías más frecuentes y los 16.000 medicamentos

## Fundación Prevent y Fenin unidas por la integración laboral

La Fundación Prevent y la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) han firmado un convenio de colaboración según el cual las dos entidades acuerdan trabajar de forma conjunta en el análisis, la mejora y la promoción de los programas de integración de personas con discapacidad en el entorno laboral del ámbito de las tecnologías sanitarias. Las dos partes intercambiarán información, compartirán conocimiento y darán a conocer las acciones que realicen en este sentido.



El acuerdo lo firmaron la directora de la Fundación Prevent, Montserrat Moré, y la secretaria general de Fenin, Margarita Alfonsel.

comercializados en España, con lo que se calcula que podrán ahorrarse hasta 100 minutos a la semana en tiempos de consulta, prescripción y actualización de conocimiento repercutiendo directamente en una mejora de la calidad asistencial.

La nueva aplicación (disponible para iPhone, iPad y web) facilitará a los profesionales los procesos de prescripción médica, puesto que con solo tres clics tendrán la posibilidad de acceder a las interacciones posibles de un tratamiento, información adicional sobre patologías o buscar los medicamentos más económicos según principio activo. Así, podrán cumplir de forma más eficaz con la normativa de obligatoriedad de prescripción por principio activo, en vigor desde el pasado 1 de noviembre.

A finales de marzo se pondrá en marcha una prueba piloto en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid donde participan médicos de todas las especialidades para medir el grado de aceptación por parte de los pacientes al uso de teléfonos inteligentes en las consultas por parte de sus médicos. Datos del estudio *Epocrates iPhone/iPod Touch*

*Survey*, elaborado en EE. UU, aseguran que para el 66 por ciento de los pacientes genera confianza que su médico haga comprobaciones con el iPhone y un 39 por ciento reconoce admiración porque su médico esté a la última en nuevas tecnologías.

Sección patrocinada por:





Por NATALIA AGUIRRE VERGARA

## Prepárense, que vienen curvas

El año se ha iniciado con alegría en las principales bolsas internacionales, con subidas de doble dígito (con datos hasta el 23 de marzo) en el americano S&P 500 o el europeo Eurostoxx 50 (en torno al diez por ciento en el año en ambos índices), que se elevan a revalorizaciones cercanas al 20 por ciento en índices como el tecnológico americano Nasdaq, el alemán Dax, el japonés Nikkei o el ruso RTS. La excepción, España, con el Ibex 35 siendo el único de los principales índices bursátiles que registra pérdidas.

Pero volviendo al conjunto de bolsas mundiales, hay que destacar que las subidas son achacables a una expansión de múltiplos, originada a su vez por las fuertes inyecciones de liquidez de los bancos centrales, especialmente del Banco Central Europeo, a lo largo de los últimos meses. Han sido estas importantes inyecciones de liquidez las que han permitido afrontar dos de los principales problemas del mercado a finales del año pasado: la refinanciación de los bancos europeos (tema que queda resuelto al menos para los próximos tres años) y la financiación de los estados (la deuda pública se ha visto apoyada de forma indirecta por el BCE, que ha prestado dinero a los bancos europeos que a su vez lo han empleado en la compra de deuda pública).

Asimismo, se ha conseguido evitar el escenario extremo en Grecia (quiebra desordenada), tras el acuerdo alcanzado con los acreedores privados, que ha permitido que se apruebe oficialmente el segundo paquete de rescate para la economía

helenica por importe de 130.000 millones de euros. Ahora “solo” queda que Grecia cumpla con los ajustes comprometidos y que su economía crezca para poder repagar sus deudas en el medio plazo.

Por otra parte, se ha reducido también el riesgo económico: es cierto que el ciclo económico se ralentiza, pero las encuestas más adelantadas sugieren que la desaceleración será temporal y menos intensa de lo inicialmente esperado. Los ganadores serán los países emergentes y Estados Unidos, mientras que el lastre seguirá siendo Europa, que entrará en recesión técnica (entendida como dos trimestres consecutivos de crecimiento negativo: el cuarto trimestre de 2011 y el primero de 2012), pero con posibilidad de volver a crecimiento positivo en el segundo trimestre de 2012. Esta mejora de las previsiones de crecimiento económico podría traducirse, probablemente a lo largo de la segunda mitad del año, en revisiones al alza de las previsiones de beneficios empresariales, que tomarán el relevo a la liquidez como motor de las nuevas subidas bursátiles tras la corrección esperada en el corto plazo. Porque la mejora del fondo de mercado (reducción de los riesgos sistémico, soberano, cíclico...) no significa que todo esté arreglado. Aún hay mucho por hacer, y no es descartable que “vuelvan las curvas” en las bolsas en los próximos meses, generando correcciones en las cotizaciones que nos den oportunidades interesantes de inversión. ¿Y qué podría motivar estas “curvas” o baches del mercado? Pues, por ejemplo, los procesos electorales que tendrán lugar en Grecia y Francia

a finales de abril-principios de mayo, de las que deberán surgir gobiernos capaces y dispuestos a mantener una estricta disciplina fiscal si no queremos dar un nuevo paso atrás en la resolución de la crisis de deuda europea. También estaremos pendientes de Portugal, que previsiblemente necesitará un segundo rescate por su incapacidad para financiarse en los mercados.

En el caso concreto de España, será clave convencer a los mercados de nuestra capacidad de reducir el elevado déficit público, con las comunidades autónomas como el verdadero talón de Aquiles. Asimismo, España deberá conseguir que las reformas estructurales en marcha (financiera, laboral) sienten las bases para un mayor crecimiento a medio plazo. Todo ello será clave para que el Ibex, que acumula un claro peor comportamiento relativo al resto de bolsas internacionales en lo que llevamos de año

(-22 por ciento frente al Dax alemán al cierre del 23 de marzo), consiga recuperar al menos parte de esta peor evolución. La eliminación en las próximas semanas o meses de algunos de los riesgos que acechan al Ibex, como el difícil entorno operativo bancario, la incertidumbre regulatoria eléctrica o la fuerte competencia en el sector de las telecomunicaciones, podría permitir que el diferencial negativo de España frente al resto de bolsas se cierre en cierta medida, siempre y cuando se sigan “haciendo los deberes” para mantener la confianza de nuestros prestamistas.

### PUNTOS CLAVE

El ciclo económico se ralentiza, pero las encuestas sugieren que la desaceleración será temporal y menos intensa de lo inicialmente esperado

Los resultados electorales en Grecia y Francia serán claves para la evolución de los mercados

# Valores del mes

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

Por **NAV**.

## Qué ofrecen

Repsol es la mayor petrolera española, con intereses en los negocios de exploración y producción, refinado y *marketing*, y participaciones en la argentina YPF y en la española Gas Natural. Precisamente su exposición a Argentina le ha valido un fuerte castigo en cotización en 2012, a nuestro juicio excesivo, de la mano de presiones desde el gobierno central y las provincias

argentinas para que incremente su nivel de inversiones en el país. El sector en el que opera tiene buenas perspectivas para 2012 (los precios del crudo se mantendrán en niveles altos) y la compañía sigue destacando por sus éxitos exploratorios.

Red Eléctrica de España es el transportista único y operador del sistema eléctrico español. Su misión es garantizar

la continuidad y seguridad del suministro eléctrico. Recientemente la compañía reiteró en su Estrategia 2011-2015 su plan de inversiones y crecimiento a doble dígito tanto en beneficio por acción como en dividendo por acción, apoyado por la necesidad de inversiones en infraestructuras eléctricas, la mejora de eficiencia y la solidez financiera.

## Los elegidos

**Repsol.** Consideramos excesivo el castigo por Argentina (mucho ruido mediático, pero el impacto parece más cualitativo que cuantitativo) y vemos improbable una nacionalización de YPF, en la medida en que Argentina precisa de inversión extranjera para desarrollar el elevado potencial de su país (yacimientos de Vaca Muerta). Los fundamentales de Repsol son sólidos: exploración y producción apoyada por crecimiento de producción del cuatro por ciento anual en el periodo 2012-14 y del cinco por ciento en 2015-2019 y por los altos precios del crudo; buen posicionamiento en

refinado y *marketing*, con esperada mejora de la competitividad tras las inversiones en Cartagena y Bilbao; y sólida posición financiera y capacidad de generación de caja que permiten una atractiva retribución al accionista (rentabilidad por dividendo superior al seis por ciento). Aunque la cotización puede seguir presionada en el corto plazo, entendemos que una moderación de las tensiones en Argentina y la vuelta a los fundamentales de la petrolera justifican una compra a los niveles actuales. Cotiza a multiplicadores atractivos, especialmente si los corregimos por crecimiento esperado.

**Red Eléctrica de España.** El riesgo regulatorio existente en el sector eléctrico ha presionado la cotización de la compañía, situándola en niveles atractivos de compra. Las medidas propuestas por la Comisión Nacional de la Energía (no vinculantes) para afrontar el déficit de tarifa eléctrica contemplarían, entre otras medidas, recortes y/o retrasos en las inversiones y en el retorno de las inversiones de las infraestructuras de transporte de electricidad para el periodo 2012-16. Sin embargo, parece complicado que estas propuestas salgan adelante, en la medida en que suponen un recorte de la rentabilidad de las inversiones tal que se traduciría en la no realización de dichas inversiones, con el consiguiente efecto negativo en la seguridad del suministro. Asimismo, existen otros factores que deberían limitar el riesgo a la baja en Red Eléctrica, como son el reducido peso de los ingresos de transporte sobre la tarifa eléctrica (tan solo un 4,8 por ciento en 2011) y la presencia de Sepi en el accionariado (20 por ciento del capital).

Concepto	Repsol	Red Eléctrica de España
Ticker	REP	REE
PER 2012	9,3	9,4
Rentab. dividendo (%)	6,4	6,8
Precio actual	19,03	36,06
Precio objetivo	25,3	43,3

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 26-3-2012



Por **MARCIAL GARCÍA ROJO**

## Atención sanitaria en 4G

**B**lackberry Playbook fue una de las primeras tabletas en ofrecer una conexión 4G, la cuarta generación de tecnologías de telefonía móvil. Apple también ha lanzado al mercado el iPad nuevo con conexión 4G. Por último, Samsung ha anunciado la disponibilidad de 4G en el *tablet* Galaxy Tab 8.9 LTE y en el *smartphone* Galaxy.

Gracias a la aparición de estas nuevas tabletas, empezamos a conocer algo más el desarrollo de las redes inalámbricas de transmisión de datos de gran capacidad.

Las principales ventajas de las redes 4G son, en primer lugar, basarse en direcciones IP (protocolo de internet, como sucede en la mayoría de las redes de ordenadores actuales) y, en segundo lugar, ofrecer una velocidad de transmisión de datos entre 100 Mbit/s en movimiento y 1 Gbit/s en reposo.

La tecnología 3G ha ido evolucionando con nuevas normas, como LTE (*long term evolution*), que parece sustituir a UMTS, para mejorar hasta cuatro veces la eficacia de transmisión de datos. LTE ha sido considerada como la tecnología clave que permitirá el despegue del Internet móvil y, aunque esta norma es 3G evolucionado, no es considerada por todos 4G, dado que no cumple los objetivos de este. Pero una mejora llamada LTE Advanced sí permite cumplir el objetivo de un Gbit/s.

En España, 4G no está disponible de forma generalizada. Orange, Telefónica y Vodafone ya han comenzado

a realizar pruebas con la tecnología LTE en Barcelona, Madrid, Málaga, Santander y Valencia. Estas pruebas están orientadas a migrar de 3G a 4G. De momento, este servicio permite una velocidad de 100 Mbit/s en bajada y hasta 60 Mbit/s en subida. Pero es previsible que estas cifras aumenten pronto, hasta alcanzar las que define la norma 4G.

Parece que el lanzamiento comercial de 4G LTE en España comenzará a finales de 2012, aunque se estima que no será hasta 2015 cuando veremos una extensión significativa de dispositivos 4G.

La conexión 4G de alta velocidad de una tableta como iPad podrá servir, a su vez, como punto de conexión a Internet para otros dispositivos cercanos (un portátil, un iPod u otra tableta), mediante enlace wifi, *bluetooth* o USB.

Como suele ocurrir al aparecer una tecnología nueva prometedora, en algunos blogs y comunidades virtuales, como [www.xatakamovil.com](http://www.xatakamovil.com), ya podemos apreciar la preocupación por que 4G LTE aumente aún más las diferencias entre las poblaciones de pequeño tamaño y los grandes núcleos urbanos, ya que hoy día la cobertura 3G sigue siendo "un sueño" en zonas poco pobladas.

Uno de los inconvenientes de la incorporación de la tecnología 4G LTE en dispositivos como el iPad es el mayor consumo de energía de esta conexión, lo que conlleva disponer de baterías más potentes y, por tanto, algo

mayores, para poder ofrecer cifras de autonomía de hasta 10 horas. El nuevo iPad alcanza un espesor de 9,4 mm, frente al iPad 2 anterior, de tan solo 8,8 mm.

La escasa latencia de las conexiones 4G, inferiores a 25 milisegundos, es considerada clave para la provisión de servicios de salud o eHealth. 4G también mejora la cobertura en interiores.

Otra de las ventajas previsibles del uso de la conexión 4G es la comunicación directa entre dispositivos médicos.

La llamada M2M (*machine-to-machine*) o comunicación entre máquinas permitirá la transmisión inmediata de datos entre dispositivos de laboratorio o de diagnóstico y la historia clínica electrónica del paciente, algo especialmente crítico en situaciones de emergencias o en cuidados críticos.

Según el informe *Investigación Manhattan*, el 81 por ciento de los médicos usan los dispositivos móviles en el trabajo. Para que médicos, enfermeras y personal administrativo puedan ofrecer diagnósticos, tratamientos y gestión más eficiente a través de los dispositivos conectados a redes de alta velocidad, algunos expertos aconsejan mejorar la cobertura de telefonías móvil, por ejemplo, en hospitales, mediante el llamado sistema distribuido de antenas (DAS).

### PUNTOS CLAVE

La escasa latencia de las conexiones 4G, inferiores a 25 milisegundos, es considerada clave para la provisión de servicios de salud o eHealth

Según el informe *Investigación Manhattan*, el 81 por ciento de los médicos usan los dispositivos móviles en el trabajo



Copa de S. M. El Rey

## Hiluta, campeón sobre Schneider por 4/3

*El inglés Jack Hiluta se ha proclamado campeón de la Copa S.M. el Rey disputada en el recorrido mallorquín de Alcanada Golf.*

**E**l inglés Jack Hiluta se ha proclamado campeón de la Copa S.M. el Rey disputada en el recorrido mallorquín de Alcanada Golf tras imponerse en la final al alemán Marcel Schneider por un igualado 4/3 en un duelo programado al mejor de 36 hoyos. Hiluta accedió a la final tras superar en semifinales al holandés Dan Huizing. Por su parte, Marcel Schneider había sido verdugo del francés Franck Daux.

El golfista inglés dominó con cierta claridad a su rival a lo largo de toda la jornada, si bien el jugador alemán llegó a tomar la iniciativa en el hoyo 3 y la mantuvo hasta el 6, momento en el que Hiluta aventajaba a su rival por un hoyo, una renta corta pero insalvable para Schneider, quien cedía por dos hoyos al concluir el primer recorrido. Hiluta mostró solidez y consistencia a lo largo de la segunda vuelta, resistiendo el ataque del alemán al borde de la mitad del recorrido, cuando la ventaja del nuevo campeón quedó reducida a un solo hoyo con 9 por delante para concluir el torneo. No obstante, la dinámica de esa reacción se truncó precisamente en ese momento, punto de inflexión en el juego de Schneider aprovechada por Hiluta hasta las últimas consecuencias, quien fue ampliando poco a poco una ventaja que en el hoyo 15 se convirtió en inapelable.



Jack Hiluta, ganador del torneo.

Fue precisamente en cuartos de final cuando, tras la eliminación del jugador vasco Jon Rahm a manos de Schneider, la competición se quedó huérfana de representación española. El golfista español jugó con descaro y valentía, llegando a contemplar la posibilidad de un triunfo que se esfumó en el *play off* de desempate. En el primer hoyo de desempate, el jugador vio como el alemán embocaba un *putt* de cuatro metros para *birdie* que no pudo igualar. A pesar de la eliminación, el vasco protagonizó una sobresaliente competición. Ya en la fase *stroke play* fue el golfista español más destacado después de clasificarse como segundo cabeza de serie, solo superado por el francés Romain Lagasque, que en la primera ronda, con 64

golpes (-8), consiguió el récord del campo.

Seis fueron los jugadores españoles que accedieron a la fase de *match play*, siendo dos los que consiguieron superar la ronda de dieciseisavos: por un lado, Mario Galiano, que doblegó a Javier Gallegos por 2/1, y por otro, Jon Rahm, que mantuvo un intensísimo duelo con el italiano Filippo Bergamaschi, a quien doblegó en el hoyo 20. Menos afortunados, Alberto Fernández (3/1), Toni Ferrer (3/2), Javier Gallegos (2/1) y Víctor Bertrán quedaron apeados en el hoyo 20.

### Lampert gana la copa de S. M. La Reina

**L**a alemana Karolin Lampert se ha proclamado vencedora de la Copa S. M. La Reina que se ha celebrado en el Club de Golf El Valle (Murcia) tras superar en la gran final a la holandesa Ileen Nieuwenhuis por un contundente 4/3. Lampert sucede en el palmarés de esta competición a la escocesa Lisa Maguire, en un torneo donde las españolas, en el presente siglo, han inscrito su nombre en

2003 (Adriana Zwanck), 2004 (Beatriz Recari), 2005 y 2006 (doble triunfo de Carlota Ciganda) y 2010 (Nerea Salaverría). La golfista germana impuso desde el primer momento un ritmo de aciertos inalcanzable para Nieuwenhuis, quien encajó desde muy pronto una desventaja creciente que se hizo ya insuperable en la práctica en el hoyo 12 (6 abajo en ese punto), antesala de la confirmación

del triunfo de Lampert en el hoyo 15, a pesar de que la jugadora holandesa reaccionó con brío y rubricó sendos *birdies* en los dos siguientes hoyos. Silvia Bañón, la mejor española, superó en cuartos de final a la escocesa Pamela Pretswell en el hoyo 17, una nueva demostración de la solidez y poderío que llevaron tan lejos a Bañón en esta prestigiosa competición.