

Medical Economics[®]

EDICIÓN ESPAÑOLA

ESPECIAL
TECNOLOGÍA

PÁG. 26

4 DE MAYO DE 2012

Nº 171

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es

Emprendedores

Pasión
por el
ÉXITO

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





Emprendedores

Pasión por el ÉXITO

34

EN PORTADA

34 Pasión por el éxito

Sus ideas brillantes pueden ayudarle a ganar seguridad al mismo tiempo que ayuda a sus pacientes

17 ESPECIAL TECNOLOGÍA

El fenómeno de las aplicaciones para dispositivos móviles se expande por el sector sanitario como punta de iceberg de un hecho imparable: la medicina ha sido invadida por las nuevas tecnologías de la comunicación. *Medical Economics* aborda en este suplemento especial algunos de los temas más controvertidos que esta "invasión" está dejando a su paso.

IMPUESTOS

46 Real Decreto Ley 12/2012 de Medidas Tributarias y Administrativas

17 ESPECIAL TECNOLOGÍA



Impuestos



Por José Benítez Alemany

Respuestas a sus preguntas sobre...

Real Decreto Ley 12/2012 de Medidas Tributarias y Administrativas

Como consecuencia de la situación económica por la que atraviesa la economía española, el pasado 30 de marzo el Consejo de Ministros aprobó el Real Decreto Ley 12/2012 (en adelante, el RDL 12/2012), por el que se introducen diversas medidas tributarias y administrativas dirigidas a la reducción del déficit público, especialmente en el ámbito empresarial, que serán recogidas también en la Presupuestos Generales del Estado para 2012 (proyecto que también fue aprobado por el Gobierno el 30 de marzo). Reconocemos a continuación algunas de las medidas adoptadas más importantes.

¿Cómo quedan las deducciones correspondientes al fondo de comercio? Con efectos para los períodos impositivos que se inician dentro de los años 2012 y 2013, se reduce del cinco por ciento al uno por cien el límite anual máximo deducible del inmovilizado intangible correspondiente al fondo de comercio, tanto por adquisición de entidades como por reestructuraciones empresariales. Se trata de que la misma limitación que determinó el Real Decreto de 2011 para el fondo de comercio financiero (acciones de sociedades no residentes) y la aplicó entonces a los demás fondos de comercio con efectos fiscal.

¿Se modifica el límite de las deducciones en la cuota del impuesto sobre Sociedades?

Con efectos 2012 y 2013 el actual límite general del 15 por ciento de la cuota impositiva se reduce al 20 por ciento en el que incluye por primera vez la deducción por exención de beneficios consolidados. Y se reduce del 60 al 50 por ciento para el caso en que la deducción por actividades de I+D+i supere el diez por ciento de la cuota. El plano para aplicar las deducciones que excedan el límite se amplía de 10 a 15 años con carácter general y de 15 a 18 años en caso de I+D+i.

¿Cuál es el pago fraccionado máximo para grandes empresas? Con efectos para los períodos impositivos que se inician dentro de los años 2012 y 2013 se fija un importe máximo del pago fraccionado que resulte que amén los empresarios cuyo resultado contable supere los veinte millones de euros. Con carácter general, el pago fraccionado será del ocho por ciento del resultado de su cuenta de pérdidas y ganancias con cargo, en el caso por ciento o al menos el 85 por ciento de sus ingresos corresponden a rentas onerosas o divididos con derecho a deducción por doble imputación. Para el período pago fraccionado como plus de deducción e ingreso finaliza el 20 de abril de 2012. Las previsiones se reducen a la mitad cuando por ciento o dos por ciento si, al menos el 85 por ciento de sus ingresos corresponden a rentas onerosas o divididos con derecho a deducción por doble imputación. En caso contrario se resulte en cuenta el límite a la deducción de gastos financieros que excedan su cuantía.

¿Qué gastos financieros son deducibles?

Con efectos para los períodos impositivos iniciados a partir del 1 de enero de 2012, no serán deducibles los gastos financieros derivados de la financiación para la compra de participaciones de entidades de un mismo grupo, salvo que la entidad justifique motivos económicos para la compra de estas participaciones. Tampoco serán deducibles los demás gastos financieros (costos de ingresos financieros) que excedan del mayor del 30 por ciento del resultado (EBITDA) del ejercicio y de un millón de euros.

El gasto no deducible podrá devolverse a los 18 años inmediatamente sucesivos. Este límite se aplica a los créditos que forman parte de un grupo, o cuando los gastos financieros corresponden a devoluciones con participadas en más de un 20 por ciento y superan el diez por ciento de los totales.

¿Cuáles son los límites de la libertad de amortización?

Se limita la aplicación en 2012 y 2013 de la libertad de amortización para grandes empresas (las que facturan más de 10 millones de euros) las cantidades por devoluciones de aplicación no pueden superar el 40 por ciento de la base imponible previa, si hay creación de empleo, o el 20 por ciento si no la hay.

PUNTO CLAVE

Se reduce del cinco por cien al uno por cien el límite anual máximo deducible del inmovilizado intangible correspondiente al fondo de comercio. Se limita la aplicación de la financiación para la compra de participaciones de entidades de un mismo grupo con participadas en más de un 20 por ciento y superan el diez por ciento de los totales.

* Socio director del Bufete Alemany, Escobar & Escobar. Artículo escrito con la colaboración de María Rentería Prieto. Para contactar: info@alemany.com

46

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

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

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz, Carolina Vicent

PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

BARCELONA Salvador Tugues
stugues@drugfarma.com

ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo
91 500 20 88

SUSCRIPCIONES

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

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

www.litofinter.es

SPA

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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

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

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

ISSN: 1696-6163

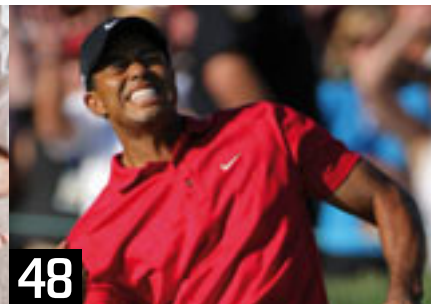
D.L.: M-35829-2003

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

CONTROLADO POR



8



48

SECCIONES

- 5 **Con Ojo Clínico**
Sobre la fidelidad de los pacientes
- 6 **Mi Punto de Vista**
Reafirmando la especialidad
- 8 **Al día**
Uno de cada seis españoles consulta Internet antes de acudir al médico
- 16 **Gestión de Calidad: Enfermería**
Las lentes de Pronovost
- 42 **Gestión en Atención Primaria**
Ética y gestión
- 44 **Economía de la Salud: Dolor**
Evaluación económica en dolor
- 48 **Golf**



ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Qué cree que es lo más difícil a la hora de emprender un negocio propio?



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias y opiniones a través de nuestra web:
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

Sobre la fidelidad de los pacientes

Por JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA

Con la crisis, algunas de nuestras angustias y frustraciones cotidianas, más que nunca, se llevan a cualquier escenario. Somos más violentos en casa y en la calle; estamos dispuestos a saltar a la mínima. Y esta agresividad se expande y hace que cualquier cosa sea denunciante. En Sanidad, lo peor es que muchas veces la autoridad competente debe juzgarlo sin conocer toda la realidad.

Además, como entre otros colectivos de nuestros días, está demostrado que aumentan los casos de infidelidad entre los pacientes y las clínicas que les acogen.

Crecen las quejas en los establecimientos sanitarios; en vez de retroceder a ser más conformistas, la educación reciente de la sociedad nos ha llevado a no aceptar nada que no sea de un nivel alto de exigencia y bienestar social (artificial).

Veo como responsables médicos de clínicas que nunca habían recibido quejas de pacientes fieles empiezan a hacerlo y se angustian. Me parece normal que lo hagan. Los pacientes pueden disminuir y ese es un lujo que nadie debe permitirse.

Las causas de crecimiento de esa infidelidad son varias: una ruptura por un motivo concreto, por aburrimiento, por una sucesión de episodios negativos o por una mejor oferta de la competencia.

Y es que si es importante conseguir un paciente, más lo es fidelizarlo. 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 esa fidelidad. 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.

Solía decirse que solo el 30 por ciento del total de los pacientes de una clínica eran fieles, pero el coste de su mantenimiento era muy bajo: se habían ido contentos con el tratamiento y con el entorno, ya conocían las virtudes, las puertas estaban preparadas para abrirse más; su nivel de satisfacción era alto, siempre nos han recomendado, han estado proclives a volver a nuestra clínica. Mucho más barato que captar nuevos pacientes.



**TENEMOS QUE VER
LAS RECLAMACIONES
DE FORMA PROACTIVA,
COMO UNA EXCELENTE
OPORTUNIDAD**

Los pacientes fieles repiten pero, además, lo explican a los demás. Son los apóstoles, el mejor perfil con el que pueden encontrarse las clínicas frente a los terroristas, que alejan a otros posibles pacientes; a los desertores, que dejan de acudir habitualmente; a los indefinidos, que acuden de vez en cuando; a los rehenes, que se van a las primeras de cambio; y a los repetidores, que acuden más de una vez.

Es obvio que se debe establecer un vehículo idóneo de enlace con los pacientes fieles, recordándoles las citas, informándoles respecto a los avances que han surgido sobre su patología, creando lazos emocionales, y evitando así que sean seducidos por otra propuesta.

Pero, volvamos a las quejas. 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 lo hacen y no se soluciona, vuelven el 19 por ciento; si se les resuelve, el 54 por ciento y si se hace rápido, el 82 por ciento.

Pues bien, dado lo que hay, y una cierta indefensión por parte de las clínicas frente a los pacientes con poca gente que lo pueda hacer de forma objetiva, hay que demostrar maestría en el tratamiento de dichas quejas y conseguir que sigan siendo fieles.

Por eso tenemos que ver las reclamaciones de forma proactiva, como una excelente oportunidad y no un problema. Nos ofrecen la posibilidad de hacer algo positivo por el negocio. Para conseguirlo, hay que tener en cuenta factores como el tiempo, la necesidad de un sistema de información del personal en contacto con los pacientes o que estos siempre exigen un interlocutor válido muy preparado.

Y, por cierto, ya que lo he mencionado antes, si ha vuelto a decaer en nuestros días el interés por mejorar la transmisión de una buena información, si ese interlocutor está actualmente en peligro de extinción, ¿por qué no se contratan psicólogos? Es una profesión olvidada para esta causa y casi nadie podría hacerlo mejor.

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Reafirmando la especialidad

Por **MANUEL ASÍN LLORCA**

Las consultas en dermatología suponen el 15 por ciento del total de consultas realizadas en la medicina pública. No disponemos del dato para medicina privada, pero es fácil suponer que al existir en la dermatología privada la doble versión, asistencial y estética, el porcentaje sobre el total de consultas sea cuanto menos similar. Esto nos lleva a considerar el peso específico de esta especialidad en el contexto general de la medicina y de la actual crisis económica.

En la asistencia pública, la racionalización del gasto sanitario provocará una disminución del número de profesionales adscritos al sistema público, amortización de las jubilaciones, fin de los contratos temporales, etcétera; lo que afectará a estos profesionales en una mayor demanda de "producción" y en una menor posibilidad de utilizar los tratamientos más costosos con la facilidad que se venía haciendo hasta ahora.

Asimismo, los nuevos especialistas, que hasta ahora no tenían excesivo problema para hallar un puesto de trabajo público, verán cambiar diametralmente esta situación y, sin querer ser agorero, les será muy difícil optar a uno de estos puestos. Ello hará que, al menos por unos años, el dermatólogo joven busque su sustento en el sector privado, no obstante su formación casi nula para este campo ya que, en general, acaba su especialidad imbuido en el *modus operandi* público, el cual no suele ser el idóneo para el trato con el paciente privado.

La dermatología en el sector privado se verá, sin duda, también afectada por la situación general del país, si bien de manera controvertida, por lo que será sociológicamente muy interesante ver cómo se desarrolla la situación.

La reducción del poder adquisitivo de la población debería inicialmente conllevar un menor gasto en sanidad privada, pero la dermatología tiene la ventaja de que no suele comportar excesivos gastos en lo referido a pruebas complementarias y, además, gran parte de las intervenciones pueden realizarse de manera ambulatoria: ambas variables permiten un servicio a precio

asequible, lo que quizá anime al paciente a su utilización ante la sobrecarga y retraso en la asistencia pública.

Por ello, es el momento de tener una adecuada formación en la gestión de las clínicas dermatológicas, considerando siempre que una consulta privada es una empresa de servicios y deberá ser gestionada como tal.

En este sentido, las diferentes formas que se están barajando de copago puede llevar a que el paciente se plantee, puesto a tener que pagar, si lo hace en el sistema público o en el privado; y esto podría favorecer a la medicina privada.

Capítulo aparte lo constituyen las compañías de asistencia médica que posiblemente vean cómo aumenta el número de sus pólizas en base a todo lo expuesto sobre la sanidad pública, viéndose igualmente beneficiadas por una mayor demanda de trabajo de dermatólogos recientes.

Sin negar el lícito ánimo de lucro de cualquier empresa, es momento de defender los intereses del profesional de la medicina en general, y de la dermatología en particular. En

este sentido, la asociación que presido ha iniciado conversaciones con varios de estos grupos para racionalizar, palabra ahora muy en boga, nuestras mutuas relaciones.

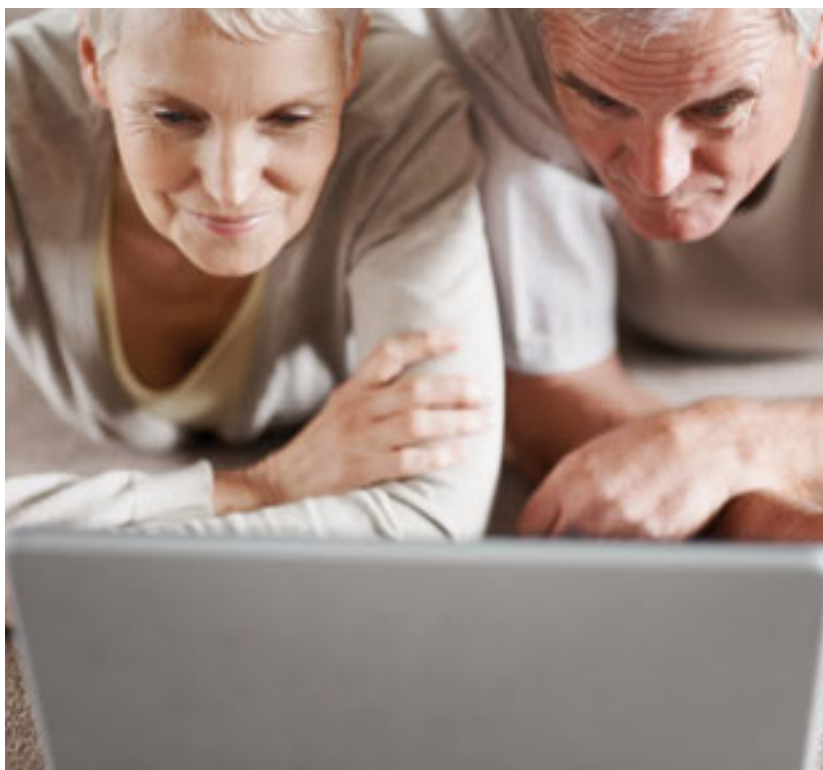
Algo bueno tenía que tener la crisis y una de estas bondades es que la vertiginosa caída en ventas de las compañías de equipos sanitarios ha obligado a una contención en los precios de los mismos, y a que se arbitren fórmulas más asequibles que permitan su adquisición por el profesional, lo que puede hacer que su cartera de servicios sea cada vez más completa.

En definitiva, nos está tocando vivir un tiempo cuanto menos interesante, e incluso en algún momento apasionante, pero no estamos precisamente en una época de atonía; y la parte más positiva es que cuando esta, como todas las crisis, pase, quienes hayan tenido la fortaleza de resistir muy probablemente tengan ante sí un futuro prometedor.



**LA RACIONALIZACIÓN
DEL GASTO SANITARIO
PROVOCARÁ UNA
DISMINUCIÓN DEL NÚMERO
DE PROFESIONALES
ADSCRITOS AL SISTEMA
PÚBLICO**

* *Presidente de la Asociación de Clínicas Privadas de Dermatología*



PACIENTES

Uno de cada seis españoles consulta Internet antes de acudir al médico

Así lo pone de relieve la segunda edición del *Informe de Biotecnología Aplicada a la Comunicación*, una iniciativa impulsada por el Observatorio Zeltia, el Centro de Estudios Superiores de la Industria Farmacéutica, Red de Innovación y la Cátedra Innovación, Salud y Comunicación de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

El informe destaca además que las redes sociales se están convirtiendo en fuentes de información con un impacto similar al de los medios tradicionales; que la figura del periodista seguirá siendo necesaria, aunque es probable que cambie su forma de trabajar en algunos aspectos y que el oficio pueda ser ejercido por alguien que no haya

estudiado esta carrera.

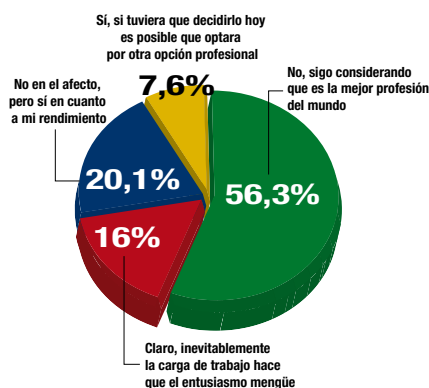
Las conclusiones señalan, asimismo, que mientras las empresas biotecnológicas y los centros de investigación tienen una escasa presencia en los medios sociales, los investigadores a título personal se están incorporando a los mismos de manera destacada, y que las nuevas generaciones ya ven los medios sociales como algo cotidiano.

ENCUESTA

¿ESTÁ INFLUYENDO LA CRISIS A SU "AFECTO" POR LA PROFESIÓN?

A pesar de los "malos tiempos" la gran mayoría de los participantes en la encuesta *Medical Economics* (56,3 por ciento) sigue creyendo que la de médico es la mejor profesión del mundo, si bien un 20,1 por ciento reconocen que, a pesar de continuar disfrutando con su ejercicio, sí notan que la crisis afecta a su rendimiento.

Para el 16 por ciento de los participantes en la encuesta es normal que la presión laboral creciente haga disminuir el disfrute de la profesión, mientras que un 7,6 por ciento afirman directamente que, si lo tuvieran que decidir hoy, optarían por otra profesión.



SOSTENIBILIDAD

CUATRO VECES MÁS AHORRO CON EFICIENCIA QUE CON COPAGO



Hasta 9.553 millones de euros se podrían ahorrar aplicando medidas de eficiencia y racionalidad en el Sistema Nacional de Salud, frente a los 2.293 millones de beneficio que se le calculan al copago. Esa es la tesis que defiende la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), que ha presentado un documento en el que se analizan ocho bloques de propuestas que inciden en la potenciación de la eficiencia del sistema.

Empezando por la prescripción, la Federación apuesta por reducir el 50 por ciento de los medicamentos innecesarios en menores de 65 años, una medida que por sí sola podría reducir hasta 1.100 millones de gasto. Controlar los ingresos hospitalarios potencialmente previsibles, desarrollar medidas de control durante las estancias hospitalarias o incrementar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria son otras de las medidas por las que aboga la FADSP.

SOCIEDAD

EL FMI PREOCUPADO POR LA "EXCESIVA" ESPERANZA DE VIDA

El Fondo Monetario Internacional (FMI) ha puesto el foco sobre un tema que empieza a preocupar a la mayor parte de los gobiernos occidentales: la posibilidad de no ser capaces de hacer frente al denominado por los economistas riesgo de longevidad. La institución considera que una longevidad inesperada más allá de lo que recogen las previsiones constituye "un riesgo financiero" para los gobiernos y las entidades que ofrecen prestaciones definidas, que tendrán que pagar más de lo esperado en pensiones y prestaciones de la seguridad social.

En concreto, el FMI advierte que si el promedio de vida para 2050 aumentara tres años más de lo que se espera actualmente, "los costes del envejecimiento, que ya son enormes, podrían aumentar a su vez un 50 por ciento". El coste adicional sería del 25 por ciento para los países emergentes, mientras que, en términos absolutos, se dispararía en decenas de billones de dólares a escala global.

Para evitar este sombrío futuro, el FMI aconseja retrasar la edad de jubilación en consonancia con el incremento de esperanza de vida, además de recortar pensiones, incrementar las cotizaciones y animar al ahorro personal a través de planes de pensiones.

ENTRE NOSOTROS

LUIS TRUCHADO RECIBE EL CHAIRMAN'S AWARD DE PENRHYN INTERNATIONAL

El director de Eurogalenus y miembro del Consejo Editorial de *Medical Economics* ha recibido por segunda vez el Chairman's Award por su destacada contribución a Penrhyn International, firma de la que es socio. Esta es la primera vez que un miembro de esta red internacional de empresas de selección de directivos repite en la consecución del galardón.

PROFESIÓN

LA HISTORIA DE LA MEDICINA EN DOCUMENTAL TELEVISIVO

Desde el pasado 18 de abril TVE emite la serie documental *La Historia de la Medicina*, un conjunto de ocho capítulos de una hora de duración cada uno que desvelan las hazañas y descubrimientos que, desde la Antigüedad hasta la época actual, han hecho de la medicina lo que es hoy. La serie está grabada en ciudades de toda España y en algunas italianas.

OJO AL DATO / ESPERANZA DE VIDA

68 años es la esperanza de vida mundial en la actualidad

La media española se sitúa entre las más elevadas del mundo con **82** años

4 años más viven, de media, las mujeres que los hombres españoles

Los años de vida tan solo están determinados por factores genéticos en un **25%**

Fuente: Organización Mundial de la Salud

Benilde Serrano Saiz, presidenta del XIV Congreso Nacional de la SEMST y III Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales (Toledo, 17-19 octubre)

“Los riesgos psicosociales acaparan más de un tercio de los accidentes y enfermedades laborales”

El XIV Congreso de la SEMST será un punto de encuentro para el análisis y debate, desde todas las perspectivas y niveles, de la siniestralidad laboral y las opciones para mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) celebra este año en Toledo (entre el 17 y el 19 de octubre) su XIV Congreso Nacional, coincidente con el III Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales. Este año la organización del evento está en manos de la Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo (SCMST), cuya presidenta, Benilde Serrano Saiz, ha asumido las riendas de este reto.

PREGUNTA. ¿Cuál es el principal objetivo de esta XIV edición del Congreso?

RESPUESTA. Resaltaría dos objetivos. Por un lado, conocer la realidad actual de la salud laboral y los diferentes modelos de servicios de prevención y sistemas de gestión. Por otro, abrir espacios de conexión con los medios de comunicación y nuevas tecnologías, para fomentar la cultura de la prevención en los diferentes sectores: trabajadores, sindicatos, empresarios, administraciones, etcétera que nos lleven a establecer soluciones eficaces y comprometidas frente a las problemáticas detectadas.

P. ¿Qué ha pasado desde la aprobación de la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales y la transposición de las directivas europeas sobre Seguridad y Salud en el Trabajo, y la eficacia en su aplicación y desarrollo hasta la actualidad?

R. Esta pregunta nos ha motivado e impulsado a organizar y convocar este año como novedad, no solo el XIV Congreso Nacional de la Socie-

dad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) sino también conjuntamente el III Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales, con el lema “La Salud Laboral y Prevención de Riesgos a Debate: Información, Integración y Participación”, con un claro compromiso de reflexionar juntos sobre este y otros interrogantes.

P. ¿Qué novedades presenta esta edición sobre las anteriores? ¿Cuáles de los temas que se abordan este año considera más destacables?

R. El Congreso recoge un amplio abanico de áreas temáticas en salud laboral y prevención de riesgos estructurados en simposios, conferencias, mesas redondas, paneles de expertos, comunicaciones, talleres y vídeos. Todo ello con un marcado carácter integral, inter y multidisciplinar. Sin embargo, en esta edición en concreto destaca el análisis de las políticas de los sistemas de prevención nacionales, de la UE y de los organismos internacionales, así como de las interrelaciones e intercambios presentación y problemática en la aplicación de las diferentes normativas.

Por otra parte, queremos recalcar la necesidad de establecer los vínculos entre auditorías y sistemas de gestión de las condiciones de trabajo, del medio ambiente y del control de



calidad, para contribuir a consolidar las auditorías como instrumento de gestión de la salud y seguridad en el trabajo, como parte estructural de la cultura empresarial para la mejora y también la importancia de los medios de comunicación y redes sociales en la sensibilización ciudadana y como herramienta empresarial hacia la creación de una cultura de la prevención.

P. ¿Qué medidas se podrían tomar para incrementar la implicación de todos los sectores (médicos, empresarios y trabajadores) en la cultura de la prevención de riesgos laborales?

R. Es importante tomar conciencia de lo que en prevención es el trabajo multidisciplinar y en equipo, así como la participación activa, a la vez que se desarrollan ideas y proyectos cuyos

resultados tienen que difundirse; y, por lo tanto, hay que tener en cuenta también técnicas y tecnologías de la comunicación acerca de los que se debatirán ampliamente en este Congreso.

P. ¿Cuáles son los retos más urgentes que ha de enfrentar la medicina del trabajo en España?

R. Disminuir la siniestralidad laboral y mejorar la calidad de vida de los trabajadores, y la necesidad de que haya una mayor integración y participación por parte de todos los implicados son retos que esperamos conseguir. Pero como un reto de futuro necesario destacan los riesgos psicosociales que generan tanto el entorno del trabajo y la organización como la gestión del trabajo, ya que si se gestionan de una forma deficiente tendrán, sin duda, consecuencias negativas para la

salud de los trabajadores en forma de estrés laboral, *burnout* o *mobbing*. Se ha afirmado que los riesgos psicosociales acaparan más de un tercio de los accidentes y enfermedades relacionados

DURANTE EL CONGRESO SE ANALIZARÁ EL PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA DIFUSIÓN DE LA PREVENCIÓN LABORAL

con el trabajo y que un 17 por ciento de las bajas laborales están vinculadas a estas patologías. Además se ha señalado que el 30 por ciento de los trabajadores europeos sufre estrés laboral.

Por todo ello, es necesario tomar conciencia del interés creciente por los riesgos psicosociales en el medio laboral.

P. ¿Cómo definiría la situación de la especialidad en España respecto al resto de Europa?

R. Hay mucha controversia en este sentido y varía lógicamente en función del contexto de cada país. Si bien la situación en la medicina y enfermería del trabajo es, en general, de desánimo debido a las dificultades organizativas y económicas para llevar a cabo la misión que tienen encomendada en los servicios de prevención, hay que esperar que el desarrollo de la nueva normativa mejore las condiciones laborales de los profesionales de la salud laboral y la prevención de riesgos. Esperamos que las conclusiones de nuestro XIV Congreso Nacional de la SEMST y III Congreso Internacional de Prevención de Riesgos nos den una mayor información respecto a la realidad y situación actual de la especialidad tanto a nivel nacional como europeo e internacional.

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.

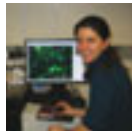
CON LOS PONENTES MÁS RELEVANTES DEL SECTOR



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
Departamento de
Radiología
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
MHealth Alliance



Dr. Scott Young
Director ejecutivo
asociado, Cuidado
clínico e Innovación,
Director médico senior
y Codirector ejecutivo
Kaiser Permanente, The
Permanent 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 online

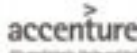
Descárguese el
programa actualizado



24 - 25 MAYO 2012
PALAU DE CONGRESSOS DE BARCELONA
www.mihealthforum.com



partner



gold sponsor



silver sponsor



Premios Fundación Mapfre

José María Segovia de Arana, galardonado por su trayectoria



Autoridades y premiados durante el acto de entrega de los Premios 2011.

La Fundación Mapfre ha entregado sus premios anuales 2011, que distinguen a personas e iniciativas en aquellas áreas de interés general para la sociedad en las que trabaja la institución. El acto estuvo presidido por Su Majestad la Reina y contó con la participación de Jorge Fernández Díaz, ministro de Interior, Antonio Huertas, presidente de Mapfre, y de Alberto Manzano, presidente de Fundación Mapfre, así como con la asistencia de numerosos invitados.

El galardón a “Toda una vida profesional” ha recaído en José María Segovia de Arana, miembro del Consejo editorial

de *Medical Economics*, por su trayectoria en el mundo de la gestión, la formación médica y la investigación, lo que ha contribuido a la modernización y consolidación del actual modelo de la sanidad pública española. Junto a él han resultado premiados, Jaime Baselga, con el premio al “Desarrollo de la Traumatología Aplicada”; la asociación privada no lucrativa Alianza Trinacional para la Conservación del Golfo de Honduras, en la categoría de “Mejor actuación Medioambiental”; y la Federación Española de Sordoceguera, que se ha hecho con el premio “Superando barreras”.

PSN premiada por el crecimiento de su plantilla en 2011

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) ha recibido el Premio Segurempleo en reconocimiento al aumento porcentual de su plantilla en 2011. El reconocimiento le fue entregado a José María Martín Gavín, director general de PSN de manos de Javier Peña, miembro del jurado y director del portal parados.es, durante la primera edición de los Premios de Empleo del Sector Asegurador, promovidos por el Instituto para la Mediación Aseguradora y Financiera (IMAF) y patrocinados por el portal de búsqueda de trabajo en el sector asegurador segurempleo.com.

Martín Gavín explicó que este crecimiento de la plantilla no es flor de un día, sino que PSN lleva diez años trabajando para ofrecer más empleo de calidad, con crecimientos más visibles en los últimos cinco años; asimismo, anunció que la plantilla continuará creciendo en 2012. También destacó la importancia del papel del Consejo de Administración, el equipo humano, los mutualistas y los colegios profesionales con los que PSN viene colaborando, y dedicó el reconocimiento a todos los empleados de la entidad.

■ **GRUPO SANITAS.** En 2011 Sanitas generó 411 puestos de trabajo, que representan un incremento del 5,8 por ciento de la plantilla del grupo. A cierre del año, el número de empleados de todas las áreas de la compañía asciende a 7.473, y destaca especialmente el crecimiento en las divisiones de Sanitas Nuevos Negocios, que ha incrementado su plantilla en un 34 por ciento, y Sanitas Hospitales, que creció un 23 por ciento.

Sanitas se mantiene en el segundo puesto del *ranking* de compañías de asistencia sanitaria con una cuota de mercado del 17,4 por ciento en 2011, según los últimos datos facilitados por ICEA. Además, en 2011, incrementó el número de clientes en un 5,1 por ciento, hasta alcanzar la cifra de 2,08 millones y su facturación creció un cinco por ciento hasta situarse en 1.531,2 millones de euros.

■ **MERCK.** Desde el pasado 15 de abril, Rogelio Ambrosi ocupa el cargo de director general de Merck España. Hasta el momento, Ambrosi ejercía el mismo cargo en México, donde ha liderado un cambio organizativo y cultural que ha permitido a la organización alcanzar exitosos resultados de negocio en el país.

■ **COFARES.** Cofares cerró el pasado año con una cuota de mercado nacional del 23,24 por ciento, con una cifra de negocio de 2.822,2 millones de euros. El Ebitda generado alcanzó los 37 millones de euros, y el *cash flow* se situó en 25,1 millones de euros. El beneficio consolidado, previo a impuestos, ascendió a 4,8 millones de euros, después de dotar 5,6 millones a deterioro por fallidos.

■ **ASTELLAS.** El sistema de gestión de calidad y medioambiente de Astellas Pharma acaba de obtener la certificación ISO 9001:2008 en Gestión de Calidad para la comercialización, almacenamiento y distribución de sus medicamentos. paralelamente ha conseguido también la certificación en la Norma ISO 14001:2004 en gestión medioambiental para sus oficinas de Pozuelo de Alarcón, Madrid.

La tecnología sanitaria española facturó 7.700 millones de euros en 2011

El sector de tecnología sanitaria facturó en 2011 en torno a 7.700 millones de euros, un tres por ciento menos que al cierre del ejercicio anterior, según los datos recogidos en la Memoria Anual 2011 de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin). El informe señala como causas de este retroceso el entorno de crisis económica iniciado en 2007, la convulsión de los mercados financieros y la morosidad y retrasos en los pagos de las administraciones.

Tras mantener un nivel de facturación en crecimiento moderado hasta 2009, las previsiones de crecimiento del sector en España para el periodo 2009-2013 evidencian un retroceso del 2,1 por ciento. A pesar de lo cual Margarita Alfonsel, secretaria general de Fenin, señala que "en estos años hemos sido uno de los sectores que más resistencia hemos mostrado a la crisis económica. Pero la restricción del crédito y la financiación para las empresas y el descenso de la actividad inversora, muy relacionadas con la morosidad y el déficit presupuestario de las administraciones, han limitado en gran medida el campo de actuación de un sector altamente dinámico e innovador".

La FNCP anuncia su colaboración con MiHealth Forum

La Federación Nacional de Clínicas Privadas participará como miembro colaborador en MIHealth Forum, el primer foro de innovación y gestión sanitaria, que reunirá en Barcelona, el 24 y 25 de mayo, a especialistas, investigadores y profesionales de la salud. Este foro se dirige a todo tipo de profesionales de la salud y se ha desarrollado con el objetivo de ofrecer una respuesta transversal y multisectorial a los retos actuales y futuros de la sociedad. También se darán a conocer experiencias reales en el ámbito de las nuevas tecnologías aplicadas a la gestión clínica, que ayuden a conseguir una mayor eficiencia. MIHealth pretende unir la oferta de las empresas y la demanda de las organizaciones y profesionales de la salud.

Los temas se irán presentando en distintos formatos como conferencias, debates y reuniones personalizadas. Además, los asistentes podrán disfrutar de una moderna zona de exposición y *networking*. Entre otros asuntos, se hablará de las nuevas tecnologías para la transformación del sistema sanitario, la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, la gestión de la innovación, etcétera.

Los asociados de la FNCP disponen de un descuento especial para acudir al foro. Este descuento se efectuará al realizar el registro *on-line* a través de un código que deben solicitar a la Federación.

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)



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



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



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



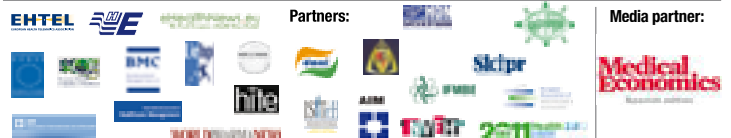
Dr. Gareth Goodier
Chief Executive
Cambridge University
Hospital NHS
Foundation Trust
(UNITED KINGDOM)



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



To register or for an updated agenda, please visit www.worldcongress.com/europe
Phone: +1 781 939 2500 • Fax: +1 781 939 2543 • Email: wcreg@worldcongress.com

Informe PwC

Sanidad sostenible: una ecuación de recortes y reformas

Impulsar el modelo de crónicos y el de colaboración público-privada, revisar la cartera de servicios y alcanzar un Pacto de Estado por la Sanidad son algunos de los puntos clave para la sanidad española que la consultora PwC ha incluido en su informe

Diez temas candentes de la Sanidad española para 2012.

Un año más la división especializada en sanidad de la consultora PwC ha presentado su informe *Diez temas candentes de la Sanidad española*. Este año el documento hace especial hincapié en la necesidad de combinar los recortes que ya se están efectuando en el sector con reformas de gran calado. Solo combinando ambas herramientas, se afirma en el informe, la sanidad española tiene posibilidades de alcanzar el umbral de la sostenibilidad.

Estos son los diez puntos clave del futuro sanitario, según PwC:

■ **Reformas además de recortes.** En concreto, se propone impulsar el modelo de gestión de crónicos, crear una central de resultados y una agencia de evaluación, además de incrementar el uso de las TIC's y realizar un esfuerzo por racionalizar la utilización de determinados servicios. Como marco para llevar a cabo esta serie de reformas, la consultora señala la necesidad de alcanzar un Pacto de Estado por la Sanidad en el que participen todos los agentes del sistema.

■ **Agenda nacional de cambios.** El informe señala la necesidad de que, visto el gran calado de algunas de las reformas que se consideran necesarias, estas sean impulsadas y supervisadas desde el gobierno central, sin optar por ello a una recentralización de la autoridad. Dentro de los temas a debatir en esa agenda se incluiría, entre otros, la interoperabilidad de los diferentes sistemas de información de las comunidades autónomas y la redefinición de la cartera de servicios.

■ **Plan de pago de la deuda con los proveedores.** En vista de la gravedad que está alcanzando la deuda sanitaria, PwC insiste en la necesidad de esta-

blecer un plan de pagos que resuelva la deuda histórica y asegure el diseño de presupuestos realistas.

■ **Modernización del régimen del personal.** El informe propone que no se hagan más incorporaciones en régimen laboral, eso sí, respetando siempre los derechos ya adquiridos de los estatuarios.

■ **Reactivar la generación de ingresos.** El documento analiza algunas opciones para incrementar los ingresos como la aplicación del "céntimo sanitario", los impuestos sobre el alcohol y el tabaco, el cobro de algunos servicios no sanitarios o la correcta facturación a las mutuas de accidentes de trabajo.

■ **Colaboración público-privada.** Para PwC ha llegado el momento de relanzar la colaboración pública-privada, una colaboración que considera, en todos sus formatos, útil y necesaria. En el informe se sugiere, para evitar la controversia pública que estas colaboraciones suelen provocar, establecer un marco regulatorio que garantice la transparencia y las reglas del juego para todos los agentes implicados, tal y como se hiciera en su día en el Reino Unido.

■ **Protección para la industria sanitaria asentada en España.** El documento sugiere partir del Plan Proforma, ideado para impulsar la industria farmacéutica, y del Plan Sectorial para, a la vez que se actualizan estas propuestas, extender su alcance a las industrias de tecnología médica y de tecnologías de la información.

■ **Más atención a la gestión de crónicos.** A este respecto se subraya la importancia creciente del papel de la enfermería y los siguientes puntos clave para reorientar el actual sistema,



pensado para episodios agudos, hacia la gestión de crónicos: estratificación de los pacientes, protocolos específicos, gestión de casos, sistemas de seguimiento a distancia y responsabilización del paciente con su tratamiento.

■ **Mayor esfuerzo en salud pública.** El informe destaca en este punto que España sigue estando en un nivel bajo de gasto orientado hacia la prevención y la salud pública, y pone énfasis en dos de los grandes problemas de salud pública que debe afrontar el país: la pandemia de obesidad y el tabaquismo, muy presente aún en la sociedad española.

■ **Cartera de servicios.** La actual clasificación de los servicios sanitarios en dos grandes grupos (básicos y comunes, para todo el SNS; y complementarios, regulados por las autonomías) será revisada en la actual legislatura, tal y como anunció el presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, durante su discurso de investidura. En la nueva clasificación podría distinguirse entre prestaciones sujetas a copago, prestaciones básicas facilitadas por el SNS, prestaciones cuyo importe se ha de reclamar a terceros, prestaciones sujetas a un seguro voluntario subvencionado y prestaciones complementarias establecidas por las comunidades autónomas.



Por **MARÍA GRACIA RUIZ NAVARRO**

Las lentes de Pronovost

Desde a la escasa experiencia empírica en los servicios sanitarios sobre la cultura de seguridad, las instituciones que la han integrado la consideran como un elemento crítico e imprescindible para logros en materia de calidad asistencial.

De acuerdo a los contenidos del informe publicado en el 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos, el logro de una adecuada cultura de seguridad del paciente constituye la primera de las “buenas prácticas” para evitar al máximo la aparición de eventos adversos, fomentar el aprendizaje proactivo de los errores y orientar hacia un óptimo rediseño de procesos.

La OMS, que en octubre del 2004 lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y situó a la seguridad clínica como una de las prioridades en salud pública, la describe como aquella en la que cinco características están siempre presentes, a saber: todos los trabajadores aceptan la responsabilidad de su propia seguridad, la de sus compañeros de trabajo, los pacientes y los visitantes, la que concede prioridad a la seguridad por encima de otras metas, la que fomenta y recompensa la identificación, la comunicación y resolución de problemas de seguridad, la que pone los medios para que las organizaciones aprendan de los accidentes y la que proporciona los recursos y estructura adecuadas para mantener sistemas de seguridad eficaces.

Con lo indicado en los párrafos anteriores es fácil tener una aproxima-

ción clara al tema que nos ocupa, no obstante, lo verdaderamente importante es lograr interiorizar estos aspectos en la idiosincrasia de las organizaciones asistenciales. Para ello, debemos potenciar la formación en materia de seguridad, que aunque afortunadamente ya es accesible tanto a la totalidad de los trabajadores de los sistemas sanitarios como a los usuarios, no es tan demandada ni operativizable como debiera

Con el fin de remover conciencias, la OMS en su programa *Learning from Error* ha producido un vídeo que en ocasiones solemos utilizar en cursos sobre seguridad del paciente. En este, se recrea un error fatal que consiste en una inyección intratecal de vincristina a un paciente. No sé si ustedes lo habrán visto, si no es así, sería interesante que lo hicieran antes de continuar con la lectura de esta columna (se encuentra fácilmente accesible en la página de seguridad del paciente de la OMS).

Es impactante, sin lugar a dudas, la manera y frecuencia en que se producen fallos en la seguridad clínica del paciente en una sociedad en la que somos capaces de descifrar el genoma humano y descomponer un átomo. Me gustaría describir en esta columna la sensación que se desprende de este vídeo que es perfectamente extrapolable a la visión global que de la seguridad clínica se tiene en la “sociedad civilizada”.

Para un ojo no entrenado o miope, como diría Peter Pronovost (gurú de la seguridad del paciente de la Uni-

versidad Johns Hopkins), excepto por el nefasto efecto final, no parecen existir actuaciones inadecuadas en el transcurso de los acontecimientos narrados; ¿cuál es la causa? No pensamos en seguridad y no asumimos nuestra falibilidad. No hemos interiorizado la cultura a la que antes nos referíamos y por tanto cualquier consideración ulterior es vana.

¿Cómo evitarlo? Yo lo resumo utilizando un símil de Pronovost “debemos usar y desarrollar nuestras lentes de seguridad”. ¿Qué significa esto? Significa asumir que:

- ante todo y sobre todo somos humanos y, por tanto, nos equivocamos
- la asistencia sanitaria no es un arte, sino una ciencia, y, por tanto debemos poner límites a nuestra creatividad. Recordemos el uso de la medicina y enfermería basada en la evidencia, las vías y las guías clínicas.
- no sirve de nada el esfuerzo individual aislado, todos formamos parte de un sistema y debemos avanzar con él.

Si interiorizamos estos principios y vamos “desarrollando” nuestras propias lentes, esta capacidad de pensar en clave de seguridad a buen seguro nos permitirá avanzar y optimizar nuestras capacidades. El resultado lo merece.

PUNTOS CLAVE

El logro de una adecuada cultura de seguridad del paciente constituye la primera de las “buenas prácticas” para evitar eventos adversos

Peter Pronovost, especialista en seguridad del paciente, ha popularizado la expresión “lentes de seguridad” en este ámbito

Medical Economics

EDICIÓN ESPAÑOLA

4 DE MAYO DE 2012

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es

Appolutamente fabulosas

- Medicina y reputación *on-line*
- Información, pacientes y accesibilidad
- Nuevos modelos de negocio



EDITORIAL

EDITOR Manuel García Abad

DIRECTORES ASOCIADOS José María Martínez García, Gonzalo San Segundo Prieto

COORDINADOR EDITORIAL Enrique González Morales

REDACCIÓN Almudena Caballero Díaz
medeconomics@spaeditores.com

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz

PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

BARCELONA Salvador Tugues
stugues@drugfarma.com

ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo
91 500 20 88

SUSCRIPCIONES

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

Precios válidos para España, IVA incluido

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Litofinter Industria Gráfica

SPA

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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

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

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

ISSN: 1696-6163
D.L.: M-35829-2003
S.V.: 38/03-R-CM

CONTROLADO POR



20 App-solutamente fabulosas

Cientos de nuevas aplicaciones para *smartphones* y tabletas hacen de la eSalud una realidad y una elección de estilo de vida

24 ¿Todo para todos? Las múltiples caras de la información

En la era de los medios sociales, la información ha dejado de ser privilegio de unos pocos. Lo importante ahora es filtrarla según su origen y analizar las tendencias que su flujo continuo esconde, pero ¿quién se encarga de esas tareas?

26 Rumore, rumore

Lo que se diga de usted en la red, tiene su reflejo en la consulta

28 Surfeando entre nubes y redes

Gestionar en tiempos de cambio no siempre resulta sencillo. Informarse, analizar y saber rectificar y adaptarse se convierten en actividades aún más importantes de lo habitual

30 Novedades InforSalud 2012

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 (1º) 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.



App-solutamente fabulosas

CIENTOS DE NUEVAS APLICACIONES PARA SMARTPHONES Y TABLETAS HACEN DE LA ESALUD UNA REALIDAD Y UNA ELECCIÓN DE ESTILO DE VIDA

[Por **ANDREA DOWNING PECK**,]

Es usted propietario de un iPad, *smartphone* o *tablet*? Una encuesta de *Nationwide* revela que el 80 por ciento de los médicos tienen algún dispositivo móvil y, muchos de ellos, los utilizan a través de aplicaciones para acceder a informaciones concretas sobre prescripción diagnóstica, así como para aprender más acerca de estos temas y de otros relacionados con la educación del paciente. Éche un vistazo y seguro que encontrará alguna aplicación

lo suficientemente útil como para hacerle un hueco en su dispositivo móvil.

Un ejemplo de aplicación útil es JiffPad, diseñada para garantizar que los pacientes abandonan la consulta habiendo entendido con claridad la información e instrucciones recibidas durante la visita. Esta *app* permite a médicos, enfermeras y cualquier otra persona corresponsable del cuidado de la salud reconducir la educación del paciente por medio de su iPad.

Cuando se utiliza JiffPad, todas las explicaciones e instrucciones, todos los materiales de enseñanza, los gestos y las preguntas de los pacientes quedan registrados en un archivo digital que puede ser enviado por mail, en modo protección con contraseña, al paciente para una posterior revisión.

Jiff Inc. es una empresa californiana de *software* que considera que su aplicación puede ayudar a curar los problemas de comunicación y falta de entendimiento que a menudo se dan en las consultas cuando los pacientes reciben información médica.

El presidente y jefe de operaciones de Jiff Inc., Phil Carter, considera que otras aplicaciones con ilustraciones anatómicas tienen solo un 20 por ciento de la funcionalidad que presenta la suya.

La firma de capital riesgo Morganthaler Ventures, sita en Colorado, coincide al haber nombrado a JiffPad como la ganadora de un reciente concurso organizado con la finalidad de localizar las mejores y más novedosas ideas relacionadas con la tecnología y la información en el sector salud. Con JiffPad se pueden crear listas de reproducción utilizando las imágenes y diagramas facilitadas o cargando imágenes propias. La mezcla de componentes visuales cubre docenas de categorías médicas, desde la angioplastia hasta la cirugía de hemorroides.

“El tiempo en que el médico daba explicaciones a un paciente es un tiempo pasado”, asegura Carter. “Tiene cientos de años de antigüedad, nosotros hemos cogido ese momento y lo hemos trasladado a la actualidad”.

Las futuras actualizaciones para JiffPad pueden incluir documentación sobre informes de consentimiento y herramientas adicionales de relevancia para las especialidades médicas.



Phil Carter

En los últimos tiempos, la empresa aspira a convertir la aplicación en un estándar dentro del vocabulario de los pacientes y ofrecer una ventaja competitiva a los médicos que utilizan este tipo de herramientas en su práctica habitual.

“Con suerte, algún día JiffPad será una palabra familiar para los pacientes”, predice Carter, “irán a la consulta y le dirán a su médico ‘Por favor, ¿puede describir esto para mi JiffPad como hacen mis otros médicos?’”.

JiffPad cuesta 75 euros y está disponible en la tienda de Apple iTunes. Además, los hospitales, las consultas y las compañías farmacéuticas o médicas pueden comprar una licencia para sus empleados. Esta licencia permite añadir información y librerías propias.

Los pacientes, por su parte, no necesitan comprar la aplicación. JiffPad sirve como herramienta para crear los

JiffTalks, pero los pacientes pueden visualizar los archivos en cualquier ordenador o dispositivo con conexión a Internet y un programa de reproducción de vídeo.

PACIENTE Y EDUCACIÓN

Mientras JiffPad consigue titulares que recogen su enorme potencial, otra nueva aplicación médica educativa está recibiendo críticas positivas. La comunidad médica *on-line* QuantiaMD, con sede en Massachusetts, ha lanzado recientemente DiabetesIQ, una aplicación diseñada para enseñar a los pacientes las complejidades de gestionar su enfermedad a través de un divertido y entretenido juego compatible con Android, iPad, iPhone y iPod.

MELAPP UTILIZA UN SISTEMA GLOBAL DE GEOLOCALIZACIÓN PARA REFERIR A CADA USUARIO A LOS ESPECIALISTAS MÁS CERCANOS Y APROPIADOS

QuantiaMD ha desarrollado una aplicación gratuita utilizando la información educativa del Diabetes Teaching Center de San Francisco (Universidad de California). La aplicación tiene un formato de concurso televisivo en el que los jugadores se enfrentan a preguntas de respuesta múltiple acerca de la diabetes y comparan sus resultados en tiempo real con otros usuarios. El rango de preguntas va desde “¿Cómo afecta el ejercicio regular a la insulina?” hasta “¿Qué pasa cuando combinas baile y alcohol?”

Los usuarios de DiabetesIQ van completando cuestionarios a la vez que suben niveles del juego. Además ganan acceso a algunos recursos del Diabetes Teaching Center como una guía de intercambio de carbohidratos, una lista de alternativas alimenticias o recomendaciones de ejercicios.



Bryce Sady

Puesto que los móviles no son la herramienta ideal para “una no-ficción novelística que verse sobre la gestión de la enfermedad”, explica Bryce Sady, director *senior* de productos para pacientes de QuantiaMD, convertir en juego la información educativa ha sido una gran victoria. “Ahora los pacientes no solo están bajo control en lo que se refiere a su enfermedad, sino que también controlamos el modo en que aprenden acerca de su condición y acerca de cómo gestionarla mejor”.

Poco tiempo después de que se lanzara la aplicación, el pasado septiembre, Margarita Loeza comenzó a pres-

cribirla a sus pacientes vía e-mail, facilitando el enlace de QuantiaMD desde donde se puede descargar DiabetesIQ.

Loeza, médica de Atención Primaria, asegura que sus pacientes están utilizando la aplicación y beneficiándose de su “pequeño estallido educativo”. Ella cree que DiabetesIQ puede ser una solución para todos aquellos pacientes cuyo punto débil es la falta de tiempo para aprender sobre su enfermedad.



Margarita Loeza

“Todos sacan tiempo para ir a las citas con el médico, pero si nosotros les pedimos que acudan para hablar con un educador o a clases de diabetes, su respuesta será que no tienen tiempo”, explica Loeza. “Sin embargo, todo el mundo pasa mucho tiempo con sus *smartphones*. Así que creo que esta es una forma excelente de mostrarles las complejidades de su enfermedad”.

Diabetes IQ está disponible en descarga gratuita desde la tienda de iTunes así como en Google Android Market.

Siguiendo esta línea de trabajo, QuantiaMD también ha colaborado con el especialista en educación y diabetes Gary Schneider, para crear una aplicación llamada



Gary Schneider

DailyCoach. Esta aplicación fue creada como respuesta a un estudio en el que participaron mil pacientes. De ellos, la mitad señalaron el ejercicio y la pérdida de peso como los dos retos más complicados en el manejo de la diabetes.

Pensada para pacientes que padezcan ya diabetes o estén en riesgo de padecerla, así como para pacientes con problemas cardiovasculares o de obesidad, DailyCoach pretende motivar a los usuarios para incrementar su nivel diario de ejercicio y actividad.

“En mi experiencia”, explica Schneider, “las personas que pueden optar a otras actividades diferentes del ejercicio físico tradicional, son más propensas a incrementar su nivel de actividad”. Y añade, “la aplicación funciona tan bien porque es segura, flexible, exacta y está constantemente actualizada. Siempre hay algo nuevo e interesante para poder explorar”.

GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

Epocrates, una aplicación móvil que trabaja sobre una base de datos de referencia de medicamentos que utilizan ya el 50 por ciento de los médicos, quiere facilitar el acceso a la información y la navegación a través de ella.

“Está siendo rediseñada para hacer que a los médicos les resulte más sencillo encontrar la información que están buscando desde cualquier lugar”, explica Dave Burlington, jefe de operaciones de Epocrates.



Dave Burlington

“Fuimos una de las primeras aplicaciones para iPhone, y cuando continuamos añadiendo cosas, nos dimos cuenta de que dar un paso atrás y repensar cómo estaban utilizando los médicos nuestro aplicación podía ser una buena oportunidad”.

El principal cambio que se ha incluido en Epocrates es que se ha añadido la página personalizable Medical Home Page, que incluye un directorio de las aplicaciones de compañías como Pill Identificaton y Drug Interaction, así como la nueva Mobile Sampling and Essential Points Features. Tras la adquisición de Modality Inc., en 2010, Epocrates consiguió sumar una gran catálogo de aplicaciones que cubren desde recursos visuales sobre anatomía humana a revisiones de histología y patología básicas.

ESPECIALIZACIÓN Y SERVICIOS PREVENTIVOS

Según Burlington, el directorio de Medical Home Page sería “un canal para acercar las aplicaciones a los médicos de una manera muy segmentada”. “Lo que queremos hacer”, añade, “es reducir un poco el ‘ruido’. Vamos a segmentar a la audiencia utilizándolo, así que si tú eres un estudiante de medicina, probablemente no te vamos a enseñar muchos cálculos de dosis, en cambio te mostraremos muchas tarjetas y aplicaciones didácticas. Si eres oncólogo te mostraremos cálculos relacionados con fármacos oncológicos, etcétera.”

Las nuevas aplicaciones se pueden descargar desde la tienda de Apple, pero también están disponibles en la página web de Epocrates. Para Burlington, que cree que los nuevos servicios serán bien recibidos por la comunidad médica, la web “no es solo un canal para distribuir aplicaciones, sino un punto de encuentro para que el médico pueda interactuar día a día con ellas”.

“Creo que todo queda mejor organizado en torno al concepto de monográficos por fármacos”, explica. “Puedes encontrar los servicios relacionados con cada uno de ellos o el contacto con el laboratorio. En general la navegabilidad y usabilidad de la página ha mejorado tanto en apariencia como en acceso”.

Otra aplicación disponible en iTunes, y que recientemente ha conseguido una puntuación de cinco estrellas por parte de los usuarios, es Electronic Preventive Service Selector (ePSS) de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).



Claire Weschler

Clarie Weschler, coordinadora senior del catálogo de gestión de la prevención y los cuidados en salud de AHRQ, cree que ese reconocimiento

dará a ePSS “un poco más de visibilidad” y lo “aupará” en la lista de aplicaciones médicas. Además, su aplicación pronto estará disponible para iPad.

ePSS está diseñada para ayudar a los médicos de Atención Primaria a elegir los mejores cuidados preventivos para sus pacientes. La información está basada en la mayoría de las recomendaciones de la *U.S. Preventive Services Task Force*, un panel independiente de expertos considerado como una autoridad en servicios clínicos preventivos.

La aplicación para iPhone/iPad le permite al médico buscar las recomendaciones según las característica individuales de cada paciente, tales como factores de riesgo, edad, género, si es fumador o no o su actividad sexual. Las recomendaciones se agrupan en cinco categorías desde la A (altamente recomendado), hasta la I (insuficiencia de evidencias para hacer una recomendación).

“Todo gira en torno a la prevención”, explica Weschler, quien asegura que la base de datos de la aplicación añade nuevas recomendaciones y revisa las antiguas continuamente. “Se trata de servicios que se pueden prestar desde Atención Primaria”.

Cuando la próxima actualización de ePSS se lance a lo largo de este año, la empresa espera que la aplicación se vuelva “más amigable”.

“Los comités especializados sobre recomendaciones son realmente quienes marcan las mejores normas, pero suelen ser muy técnicos”, explica Weschler. “Además, un médico perfectamente capaz de entender la recomendación puede no tener tiempo para leer el documento completo. Nosotros buscamos métodos para reducir la cantidad de información mientras que mantenemos los puntos claves de las recomendaciones fácilmente localizables e inteligibles en la aplicación”.

IMÁGENES

MelApp, de Health Discovery Corp. (HDC), y Skin Scan son dos herramientas que ayudan a medir el riesgo de cáncer. Ambas aplicaciones, diseñadas para iPhone, permiten que sus usuarios, gracias a los monitores de sus teléfonos, evalúen los riesgos de melanoma que los lunares o las lesiones de su piel pueden acarrear.

Skin Scan (disponible por cinco dólares) y MelApp (que ofrece una versión limitada por dos dólares) utilizan la cámara del iPhone para fotografiar el lunar o la lesión de piel. La aplicación utiliza algoritmos matemáticos que determinan si existe un crecimiento anormal que recomiende la visita al médico. Skin Scan Lite, una versión gratuita, no ofrece esta valoración al usuario.

MelApp utiliza una multipatente de Support Vector Machine basada en un análisis de las imágenes de la piel que permiten valorar el riesgo de que un determinado lunar o lesión degeneren en melanoma. La aplicación ha sido validada utilizando una base de datos de Johns Hopkins en Baltimore.

“En todos los casos, se remite a un especialista de la zona, ya que nadie pretende que una aplicación de iPhone realice un diagnóstico médico que sustituya una visita presencial”, asegura Stephen Barnhill, director general de HDC. “Se trata de incrementar el nivel de concienciación, y de permitir a la gente fotografiar lunares y otras manchas o lesiones que les preocupen para enviarlos al médicos más adecuado y que puedan recibir así el tratamiento correcto”.

MelApp utiliza un sistema de global de geolocalización para referir a cada usuario a los especialistas más cercanos y apropiados a sus síntomas, sin necesidad de facilitar ningún código postal o información personal.

Como médico, existe la posibilidad de suscribirse para aparecer en el listado de recomendados escribiendo a melappreferral@healthdiscoverycorp.com. Barnhill asegura que, actualmente, los profesionales no pagan por figurar en esa lista, aunque no descarta esa posibilidad en el futuro.

Creado para iPhone y iPad, MelApp fue lanzada también al mercado Android el pasado mes de octubre.



Victor Anastasiu

Por su parte, Skin Scan, con sede en Rumanía, utiliza un sistema de imágenes fractales que lo diferencia de su competidora. El cofundador de la empresa, Victor Anastasiu, asegura que “probablemente es la primera vez que alguien utiliza el análisis fractal aplicado a lesiones en la piel para comprobar si siguen un patrón anormal de crecimiento”. “Las particularidades de este método permite ir más allá del análisis de imágenes convencionales, por ejemplo, aislando un elemento de la fotografía.

Aunque ambas empresas coinciden en que sus aplicaciones deben utilizarse solo con fines educativos e informativos, Skin Scan solicitará la aprobación de la *Food and Drug Administration* (FDA) estadounidense. Sin embargo, Barnhill no cree que MelApp sea susceptible de presentarse para su validación en la FDA porque la utilizan los usuarios de telefonía móvil en general (no solo pacientes y médicos), no pretenden facilitar un diagnóstico médico y remiten al cien por cien de los usuarios a una consulta.

Satish Misra, residente de medicina interna en el Hospital Johns Hopkins, cree que las leyes federales pronto podrían ajustarse para encajar mejor con el horizonte que se abre en el mercado de la aplicaciones de salud.

“Será interesante ver cómo cambia la industria informática para adaptarse a los requisitos de la FDA. Hasta ahora, la imagen de la industria era un par de chicos creando una aplicación en un garaje, pero cada vez hay más nivel de profesionalización”.



Salud e información

¿Todo para todos?

Las múltiples caras de la accesibilidad

EN LA ERA DE LOS MEDIOS SOCIALES LA INFORMACIÓN HA DEJADO DE SER PRIVILEGIO DE UNOS POCOS. LO IMPORTANTE AHORA ES FILTRARLA SEGÚN SU ORIGEN Y ANALIZAR LAS TENDENCIAS QUE SU FLUJO CONTINUO ESCONDE, PERO ¿QUIÉN SE ENCARGA DE ESAS TAREAS?

[Por **ALMUDENA CABALLERO**,]

Internet ha barrido literalmente las distancias físicas y temporales y, en cierto modo, también las sociales al poner al alcance de cualquiera, de forma relativamente sencilla, la posibilidad de saber. Con mayor o menor grado de fiabilidad, eso es cierto, pero saber al fin y al cabo.

La salud no se ha quedado al margen de esa corriente sino más bien todo lo contrario. Si hay algo acerca de lo que todo el mundo quiere tener una buena información es la salud, y más concretamente su propia salud.

Una vez aceptado esto el problema básico que se plantean y que actualmente están tratando de resolver comunidades autónomas, gobierno central e instituciones privadas es ¿cómo? ¿Cómo se puede dar al paciente libre acceso a la información sin poner en riesgo la privacidad de sus datos y asumiendo la posibilidad de que malinterprete parte de la información? ¿Y cómo se puede combi-

nar el acceso del paciente con el del resto de profesionales implicados en el cuidado de su salud?

Para Joan Marc Llesuy Suñol, director comercial del área de sanidad en Unit4 Ibérica, “lo importante en estos momentos es que estamos intentando trabajar bajo estándares”. Su empresa está inmersa actualmente en un proyecto de historia clínica para enfermos mentales en el que se han propuesto como retos, por un lado, diferenciar de forma estricta el ámbito de acceso del paciente (y su familia en este caso) del ámbito de acceso del profesional, y, por otro, reducir costes gracias a la accesibilidad ubicua que permite el sistema.

En su camino se han encontrado con algunos problemas que Llesuy clasifica en tres bloques: “En primer lugar, limitaciones tecnológicas que, en mi opinión, son algo bastante superado y ya no hay limitaciones graves o insalvables; en segundo lugar, está la parte de contenido. Una de las gran-



“EL 25 POR CIENTO DE NUESTROS CLIENTES YA SE COMUNICAN CON NOSOTROS A TRAVÉS DE INTERNET”

—Philippe Paul, director del servicio de Promoción de la Salud de Sanitas

des discusiones es cómo homogeneizamos los contenidos. Hay muchos sistemas de información diferentes y hay que acogerse a uno, de modo que es importante qué colgamos, cómo lo colgamos y qué publicamos. Por último, la parte de compartir información con el sector privado, que es algo cuando menos deseable. A ese respecto nosotros hemos trabajado en algunos proyectos que permiten compartir la información y creo que lo más importante es ponerse de acuerdo en unos mínimos”.

Por su parte Philippe Paul, director del servicio de Promoción de la Salud de Sanitas Seguros, cuenta ya con cierta experiencia a la hora de ofrecer al paciente la posibilidad de interactuar con su información. En Sanitas, explica “tenemos una plataforma cuya virtud principal es el cuidado de los enfermos crónicos, que al igual que para el sistema público son una parte fundamental para nuestra sostenibilidad financiera”. Paul destaca sobre todo una peculiaridad de esta plataforma: se ha puesto en marcha sin contar con la información de salud de los pacientes disponible en el sistema público, lo que añade un factor añadido de dificultad a su creación.

“¿Cómo lo hemos hecho en Sanitas? Construyendo nuestra propia base de datos directamente con los pacientes, lógicamente siguiendo los pasos que marca la ley”, explica Paul. Para ello cuentan en primer lugar con “un sistema de algoritmos un poco complejo gracias al cual hemos hecho una extrapolación de nuestra población para después poder contactar con ellos directamente”. En segundo lugar, continúa, y “como profesionales de la salud, ante todo recabamos de forma directa su consentimiento porque, a partir de este momento vamos a intercambiar con el paciente directamente hablando por teléfono, un día al mes, información sobre su estado de salud. A partir de esta información generamos nuestra propia historia clínica”.

Los resultados que ha conseguido Sanitas con este proyecto son altamente satisfactorios y apoyan la tesis de que una comunicación abierta y directa entre paciente y profesionales sanitarios favorece por igual a ambas partes. “Esta plataforma funciona desde hace unos tres años y, hasta la fecha, han participado unos 40.000 pacientes crónicos convirtiéndose en una de las mayores plataformas que existen en España”.

Para Philippe Paul está claro que “el futuro pasa por Internet”, una aseveración que refrenda con las cifras de su propia empresa “el 25 por ciento de nuestros clientes ya se comunican con nosotros a través de este medio. Además ellos mismo ayudan a mantener su historia clínica ya que

pueden aportar información muy valiosa y actualizada, muy útil tanto para ellos mismos como para los profesionales de la medicina como para la eficiencia del sistema en general”.

EL FEED-BACK PROFESIONAL, IMPRESCINDIBLE

La experiencia de Sanitas con su plataforma de crónicos pone de relieve, además, que los pacientes necesitan saber que detrás de la información que están recibiendo hay siempre un profesional. “Nuestra convicción es que si la información no está manejada por un profesional, ya sea un médico, una enfermera, un fisioterapeuta o un farmacéutico, el ciudadano no confía en ella”. Y añade “con los anglosajones hemos realizado una experiencia paciente-paciente que, hasta ahora, no ha funcionado. Desde luego apostamos por la telemedicina, y por la tecnología, en general, tanto para los pacientes como para las personas sanas. La tecnología existe y cada vez será más barata y más accesible, pero la experiencia que tenemos es que si detrás de la tecnología no hay conocimiento, y el conocimiento lo va a dar el uso que haga el profesional del mismo, es probable que el usuario no le vea mucho interés”.

Esta idea contrasta en parte con el miedo generalizado a la falta de rigor de la información disponible en la red y apunta a que, si bien es cierto que el usuario consulta mucho temas de salud *on-line* no siempre se fía de la primera página de información que le ofrece el buscador.

José Manuel Alcaraz Muñoz, jefe de servicio de Coordinación y Aplicaciones de la Subdirección General de Tecnologías de la Información del Servicio Murciano de Salud, va un poco más allá al apuntar a la información que se puede extraer del uso por parte de los ciudadanos de Internet y explica: “Es cierto que Internet es una fuente de información potencialmente peligrosa para el paciente, pero también es una fuente muy valiosa para las administraciones. El análisis de los datos que se pueden extraer de los usos relacionados con salud es básica para averiguar qué está pasando en el sistema sanitario. Es un indicativo de tendencias y de posibles problemas”.

Desde ese punto de vista, las riadas de información que fluyen a través de la red no solo servirían para que cada usuario individual solventase sus dudas, si no que ayudarían a generar un mapa global de las preocupaciones de la sociedad relacionadas con la salud e, incluso, con un análisis correcto y continuado de los datos, se podrían llegar a anticipar problemas de salud pública y avanzar de manera considerable en temas de prevención.



Reputación *on-line*

Rumore, rumore

LO QUE SE DIGA DE USTED EN LA RED, TIENE SU REFLEJO EN LA CONSULTA

[Por **ALMUDENA CABALLERO**,]

No dejar que su vida la marquen las opiniones de los demás es, sin duda, una decisión valiente y madura. Sin embargo, ignorar todo lo que los demás opinan sobre usted y pensar que esas opiniones no afectan a su vida profesional es un grave error de gestión. Más aún con el efecto de amplificador que tienen en la actualidad los medios sociales y con una característica única que no se había dado hasta el momento en ningún otro medio: Internet no olvida. Al menos no de momento.

Mientras abogados especialistas y políticos empiezan a rumiar términos como el derecho al olvido y el derecho al recuerdo, la realidad que se impone hoy es mucho más sencilla: un comentario negativo (sea real o no) en Internet perdura más que un tatuaje en la piel.

La reputación *on-line* es un término de nueva cuña nacido con los medios sociales y agigantado por el uso de las redes. Está vinculado a la creación de marca pero es mucho menos controlable y voluble, ya que mientras

la primera es un producto prefabricado de *marketing* en el que ha trabajado de forma cerrada un grupo concreto de personas, el segundo es el resultado incontrolable de lo que cualquier persona ajena opina, publica o considera sobre alguien, sobre una marca, una empresa o un profesional. Y opinar y dejar constancia de esa opinión es muy fácil actualmente gracias a blogs, chats, foros, webs, wikis, redes y demás formatos de comunicación *on-line*. De modo que no es buena idea simplemente fingir que lo que ocurre en la red no existe.

En palabras de Miguel del Fresno, director de Quor 2.0, consultora especializada en investigación de reputación *on-line*, “la reputación *on-line* es como una sombra digital; da igual que no quieras tenerla, te persigue. No puedes carecer de reputación *on-line*, puedes gestionarla o no”.

Diferentes estudio y encuestas sitúan el porcentaje de personas que realizan consultas en Internet sobre temas de salud entre el 70 y el 80 por ciento. Y no se trata solo de consultas acerca de tratamientos, síntomas o dietas. Muchos de ellos (y cada vez más) buscan información

MÁS DEL 90 POR CIENTO DE LOS INTERNAUTAS EN NUESTRO PAÍS ACCEDEN A LOS CONTENIDOS A TRAVÉS DE GOOGLE

sobre su médico y el equipo que está destinado a atenderle para saber a qué atenerse y sentirse más seguro. Y, sobre todo, cada vez es más habitual buscar información previa a según qué tipo de intervenciones no de urgencia en las que hay margen para planificar (inseminación artificial, una operación de miopía, un tratamiento traumatológico, etcétera).

Así que, no. No estar no es una buena idea. Pero el tema es aún un poco más complicado, ya que para estar hay que convencer a los buscadores que son la mayor puerta de entrada al ciberespacio. E, hilando fino, en España esa puerta tiene nombre propio y se llama Google. Más del 90 por ciento de los internautas en nuestro país utilizan al gigante norteamericano como buscador predefinido, de ellos el 80 por ciento aseguran que no pasan de la segunda página de resultados ofrecidos. Es decir, si no estás en la primera página de Google, no estás en Internet y si no estás en Internet estás empezando a no existir.

Con todo hay, todavía, una posibilidad incluso peor: que en la primera página de Google aparezca una dura crítica a usted o a su consulta.

GESTIONANDO LA REPUTACIÓN

Si ha detectado un comentario negativo que le afecta en una red social o un buscador, sepa que ha comenzado a gestionar su reputación *on-line*. Uno de los primeros pasos que hay que dar es saber qué es lo que se dice, dónde, cómo y por qué.

Cada caso es único y hay que estudiarlo de forma individualizada. A veces es un malentendido y vale la pena contactar con la persona que ha originado la crítica para sacarla de su error y conseguir que retire o, incluso mejor, rectifique el comentario negativo. Incluso si la crítica negativa es correcta y realmente usted o alguien de su equipo ha cometido un error, suele ser recomendable contactar con la persona afectada para disculparse al menos. Le sorprendería el poder curativo de una disculpa. Según un artículo publicado en *Annals of Internal Medicine* casi la mitad de los casos de mala praxis se podrían haber solucionado con una simple disculpa a tiempo.

En otras ocasiones, simplemente no vale la pena intentar enmendar la mala crítica, bien porque su origen no se pueda determinar, porque hace demasiado tiempo del hecho al que hace referencia o porque conoce a la persona que la ha hecho y sabe que no es razonable. En estos casos hay que pasar al contraataque y lograr que el número de

entradas positivas sea superior al de negativas y que se encuentren mejor posicionadas.

Comienza así la parte verdaderamente importante de la gestión de la reputación *on-line*: el desarrollo de identidad digital. Su identidad digital va a ser el conjunto de contenidos que genere como fuente directa sobre usted mismo: la web de su hospital/consulta, un blog personal, las participaciones en foros y/o eventos con repercusión en la red, los enlaces, fotos y vídeos que decide compartir con sus amigos y los comentarios que realiza a través de las redes sociales de las que sea usuario. Todo ello formará su identidad digital.

En ese maremágnum de rastro digital que todos dejamos en mayor o menor grado tras nosotros, hay algo especialmente importante a tener en cuenta: sea consciente de las políticas de privacidad y de las opciones de configuración que ofrece cada herramienta. Conózcalas y utilícelas. Del mismo modo que en su día a día no se comporta igual o no dice las mismas cosas en su casa que en el oficina, evite el error de uniformizar su comportamiento *on-line*. No somos uniformes, los seres humanos tenemos múltiples caras y cada una de ellas cumple una función.

A partir de ahí, lo ideal es trabajar para que sea la identidad digital que usted ha desarrollado la que se encuentra en la primera página de Google. Si entre los diez primeros resultados se encuentra su web, su blog, los enlaces a su perfil de Facebook, LinkedIn y Twitter, y la referencia a un artículo sobre usted en la Wikipedia, eso quiere decir que ya le ha cogido el truco a gestionar su presencia *on-line*.

EL TRABAJO CONTINÚA

Pero no se relaje porque Internet no deja nunca de moverse. Una vez que uno se ha posicionado hay que lograr mantenerse. Para ello hay que ser receptivo y participativo. En resumen, hay que estar. A partir de ese momento, hay tres tareas que deberá realizar de manera continua: monitorizar qué se dice de usted, valorarlo y participar en la conversación global. Es decir, repetir todo el proceso una y otra vez.

Hay muchas herramientas gratuitas que puede utilizar para monitorizar y gestionar su reputación *on-line* (Google Alerts, SocialMention, Reputation.com,...), pero no descarte recurrir a alguien que se dedique de forma especializada a esa tarea. Cada vez más la comunicación, en todas sus facetas, es un elemento transversal que toca todos los aspectos relacionados con la prestación de un servicio al público, y la salud, por supuesto, forma parte de esa categoría.



Nuevos modelos de negocio

Surfeando entre nubes y redes

GESTIONAR EN TIEMPOS DE CAMBIO NO SIEMPRE RESULTA SENCILLO. INFORMARSE, ANALIZAR Y SABER RECTIFICAR Y ADAPTARSE SE CONVIERTEN EN ACTIVIDADES AÚN MÁS IMPORTANTES EN ESTE ENTORNO

[Por **ALMUDENA CABALLERO**,]

Se pueden integrar las nuevas tecnologías en los modelos de negocio actuales o es necesario diseñar desde cero un nuevo concepto de negocio y de prestación de servicios? Esta era una de las cuestiones que se planteaban durante la celebración del pasado Inforsalud 2012, un tema que entraba de lleno en la penúltima de las grandes experiencias tecnológicas: el trabajo en la nube o *cloud*.

Cada época parece tener un sector que actúa como motor de cambio y en la que nos ha tocado vivir ese motor es sin duda la tecnología. Las novedades en este campo avanzan como una especie de *tsunami* que obliga en cada una de sus oleadas a replantearse las estrategias y modelos de trabajo. Por ello, las estructuras organizativas, sean del tipo que sean, se están viendo empujadas a la flexibilidad y la adaptación continua, algo que no encaja con las antiguas estructuras jerárquicas.

Así lo entiende Ramón Gálvez Zaloña, experto en gestión sanitaria, para quien “las tecnologías de la información y la comunicación han sido un magnífico elemento de desestabilización para las organizaciones sanitarias porque las han obligado a reflexionar acerca de qué hacen y cómo lo hacen”. Gálvez recuerda que en sus inicios como gestor sanitario “allá por el año 1983-84” la tecnología en sanidad interesaba solo desde el punto de vista de la “maquinaria”, pero “no se consideraba un motor de cambio”. Sin embargo, hoy “las tecnologías de la información son la punta de lanza de los procesos de cambio de las organizaciones”. Y no solo eso, añade, si no que “además han afectado al comportamiento de los profesionales, a cómo practican la medicina; han ampliado los horizontes laborales de la enfermería, permitiendo una reflexión sobre sus posibilidades de atención en los hospitales; y han actuado como una puerta facilitadora de las organizaciones sanitarias que ha ayudado a

mejorar las prestaciones sanitarias y a hacerlo desde un punto de vista diferente”.

Lo que por el momento sigue fallando, en opinión de Gálvez, es la integración de los diferentes niveles del sistema y es que, afirma, “el nuevo tipo de enfermo requiere un sistema asistencial integrado desde primaria a estancia hospitalaria que nunca ha existido. Además de que no hay comunicación entre la parte sanitaria y la social”.

LA TECNOLOGÍA INVISIBLE

Para Silvia Delmas Filgueira responsable de *Marketing* de Sanidad y Servicios Sociales de Telefónica, el punto más importante de esta nueva era es que las tecnologías han pasado a formar parte integral de todos los aspectos de la vida. “La tecnología ya no es algo entendido como que dejo algo instalado y me voy, es algo que nos envuelve y da servicios, que nos ayuda a crear una forma de vida. Desde ese punto de vista es paradigmático el modo de vida de los jóvenes para quienes la tecnología es una parte integral de su vida y no algo añadido como para la mayoría de nosotros, que seguimos hablando del mundo TIC como algo separado”.

puntualiza, “en los que la tecnología en realidad carece de protagonismo, su mejor virtud es pasar desapercibida”.

Por su parte, para Miguel Ángel Montero Martínez, director de Desarrollo de Negocio de Sanidad y Servicios Sociales de Informática El Cortes Inglés, lo que resulta más urgente es discriminar “qué es lo que aportan las tecnologías y eliminar aquellas que no aporten nada y supongan un coste adicional”. “Lo que propongo”, continúa, “es pensar desde el punto de vista de para qué sirven las cosas, si cumplen su cometido y cuánto ahorramos”. Montero llama la atención sobre el hecho de que en España, en general, nos comportamos de un modo un tanto bipolar puesto que “nos reconocemos en crisis pero seguimos haciendo las mismas cosas y de la misma manera”.

Este comportamiento lo relaciona directamente con la falta de experiencia evaluadora –“vivimos en un país en el que no se mide nada”, afirma–, que impide tomar decisiones basadas en datos objetivos. Miguel Ángel Montero plantea cuatro puntos a tener en cuenta y en los que hay que analizar de manera individualizada qué es lo que pueden aportar las tecnologías. En primer lugar, “reducir

EN LOS NUEVOS MODELOS DE NEGOCIO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS LA PRINCIPAL VIRTUD DE LA TECNOLOGÍA ES PASAR DESAPERCIBIDA

En cuanto a la evolución del modelo de negocio, considera que “hemos vivido un proceso intenso de implantación de tecnologías y esa fase lo que ha provocado es que ahora mismo las demandas de almacenamiento sean cada vez mayores, a la vez que crecen las demandas de seguridad. Todo ello, unido a la búsqueda de la integración y del ahorro de costes, hace que hayamos avanzado hacia un modelo de prestación de servicios que empieza a hacerse muy popular, lo que se conoce como prestación de servicios en la nube o *cloud*”.

Es en este punto donde para Silvia Delmas “el cambio es tan grande que el debate ahora ya no está en la tecnología si no en el modelo de negocio”. Y es eso lo que explica que “una empresa tan grande como es Telefónica se esté especializando por sectores, porque al final lo que te piden es que prestes servicios y para eso necesitamos entender los procesos”. “Con todos los modelos *cloud* lo que estamos haciendo es dejar de discutir sobre la tecnología, de pelearnos por si la tuya o la mía son mejores y pasar a discutir sobre el modelo de negocio”, asegura.

Para la responsable de *marketing* sanitario de Telefónica es obvio que lo que toca ahora es “ir hacia modelos de servicio, que es lo que reclama la industria especializada”. “Modelos de servicio y, por tanto de negocio”,

gastos, en este caso la tecnología nos puede aportar información; segundo reorganizar el modo en que prestamos el servicio; tercero, reestructurar los recursos humanos. Si hay dificultad para mantenerlos hay que pensar en alternativas, por ejemplo, ¿es necesario que todas las consultas sean presenciales o algunas las puedo efectuar vía e-mail?”.

El último punto hace referencia al potencial comunicativo de las redes sociales, respecto al cual, afirma Montero, “tenemos un montón de redes sociales, pero en el caso de las instituciones solo se usan para informar de cosas que interesan exclusivamente a los funcionarios, y a veces ni eso. Hay cualquier crisis y encuentras a un montón de usuarios en redes twiteando tonterías, pero no vemos un tweet oficial. Decimos que no hay dinero para comunicación y no utilizamos las herramientas gratuitas que tenemos”.

El uso de las redes sociales también es un tema prioritario para Ramón Gálvez que las considera “un elemento clave para el siguiente paso en la revolución de la información”. Para Gálvez, las redes tienen un potencial enorme como herramientas de *marketing* y comunicación desde el punto de vista del modelo de negocio, pero sobre todo como factor de integración del paciente.

Auren y CSC: Qlik View

Una nueva forma de gestionar la información

Auren, asesoría y consultoría con una línea específica de *business intelligence*, basada en tecnología QlikView, y *partner* de CSC (iSoft), realizó en el marco de Inforsalud 2012 una demostración práctica de las virtudes de su solución para gestión QlikView.

QlikView está considerada ya a nivel mundial una herramienta fundamental para conseguir una mejora de la operativa diaria de las organizaciones sanitarias, con implantaciones que apoyan la toma de decisiones a un elevado número de usuarios en instituciones de primer nivel. Esto es posible gracias al salto de productividad y rentabilidad que supone para los servicios sanitarios profesionales al permitir evaluar parámetros como estancias médicas de pacientes, viabilidad de los servicios de urgencias, consultas externas, finanzas y administración, entre otros muchos. En definitiva, QlikView posibilita la obtención de información fiable día a día, algo realmente importante para ofrecer una sanidad de mayor calidad y rentabilidad.



Las experiencias ya vividas de implantación del *software* permiten a la empresa afirmar que, gracias a

su utilización, la cantidad de tiempo para acceder a la información se reducen en un 43 por ciento, los gastos derivados de la elaboración de informes disminuyen en un 22 por ciento, los ingresos crecen un 20 por ciento y los tiempos de análisis de información general se ven reducidos en un 40 por ciento.

Intersystems Ensemble

Un mundo de interconexión

Trabajar con InterSystems Ensemble permite conectar fácilmente diferentes aplicaciones a diversos sistemas, servicios y procesos de negocio, por lo que es posible mejorar rápidamente las aplicaciones existentes (sin reescribirlas) con solo añadir nuevos elementos, tales como: interfaces web, *workflow* adaptable, procesos de reglas de negocio o monitorización de la actividad, entre otros.

Ensemble es un *software* de integración muy fácil de utilizar porque no es un conjunto creado con piezas separadas. InterSystems lo ha creado como un único conjunto de tecnología con una arquitectura coherente (servidor de integración, servidor de datos, servidor de aplicaciones y *software* de desarrollo de portales). Por este motivo, los proyectos de Ensemble suelen completarse en la mitad de tiempo del necesario con las generaciones anteriores de productos de integración.

Entre sus características destacan su tecnología de abstracción, la infraestructura y biblioteca de adaptadores, la monitorización de la actividad empresarial, la orquestación de los procesos de negocio, el motor de normas de negocio, el entorno de desarrollo, el motor de mensajería, la base de datos de objetos, su capacidad para soporte de estándares y su motor de flujo de trabajo, entre otras.

Fujitsu Vision Cloud

Nuevas arquitecturas en la nube

Fujitsu aprovechó su paso por Inforsalud 2012 para mostrar sus nuevas arquitecturas de soluciones en la nube, creadas para cubrir todas las necesidades actuales del sistema sanitario.

La compañía propone a los servicios de salud autonómicos afrontar la creciente criticidad de los sistemas de información sanitarios mediante una consolidación y certificación de sus *datacenters*. Seguida de una reorientación de sus arquitecturas hacia un modelo de *cloud* privada con altos niveles de automatización en su gestión y de respuesta a nuevas necesidades, complementada por una *trusted cloud* que provea aquellas soluciones informáticas estándar.

Sin duda, la llegada de las soluciones de la nube son una gran baza que el sistema sanitario debe adoptar para garantizar y potenciar niveles de agilidad, mayor eficiencia e innovación, todo ello sin comprometer la seguridad, la fiabilidad y el control.

Nuance: 360° Development Platform

Reconocimiento de voz en cualquier momento y lugar

360° Development Platform es 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.

La empresa espera que la 360° Development Platform contribuya a la popularización y consolidación de la historia clínica electrónica y garantice un registro médico completo. Para ello dispone de tres componentes diferentes:

■ **360° SpeechAnywhere Services.** Es un nuevo conjunto de servicios basados en tecnología en la nube que integra funcionalidades seguras de reconocimiento de voz, siguiendo los principios de no instalación en la parte del cliente, coste



ceros de instalación y esfuerzo, cero de integración en múltiples plataformas. Permite que 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 y además

incluye herramientas avanzadas como el *Speech Analytics* o el *Speech Accuracy Trainer*.

Carestream Vue Motion

Imágenes en tiempo real

En el campo médico, la necesidad de tener imágenes en tiempo real es fundamental para avanzar en el diagnóstico y tratamiento así como para mejorar el cuidado y la atención a los pacientes. En este sentido, Carestream Health siempre está a la vanguardia con nuevos productos de alta tecnología y de fácil acceso para el equipo médico.

Una de las últimas soluciones de la compañía para el área de diagnóstico por imagen es el Vue Motion, un visor ligero que permite acceder a las imágenes e informes radiológicos de forma muy rápida y sencilla a través de cualquier navegador de Internet o dispositivo móvil. En este caso, el Vue Motion es de los pocos visores DICOM del mercado que cuenta con la aprobación de la FDA para su uso móvil en el iPad.

Carestream Vue Motion cuenta con una tecnología web de última generación y con una interfaz intuitiva que se puede implementar en una gran variedad de dispositivos que cuenten con un explorador web y que requieran poca o ninguna formación para su uso. Además, es de fácil administración gracias a su compatibilidad con Active Directory y cuenta con función de auditoría integrada para conformidad con HIPAA. Por otra parte, su visor de imágenes incrustado en EMR proporciona un acceso sencillo independiente del sistema PACS de archivo mejorando el acceso sin necesidad de migración.





Pasión por el ÉXITO

» Sus ideas brillantes pueden ayudarle a ganar seguridad al mismo tiempo que ayuda a sus pacientes

[Por **STEVEN M. HACKER**]

Los médicos somos un grupo creativo y todos contamos con los ingredientes necesarios para ser grandes empresarios. Estamos dispuestos a trabajar duro, noche y día. Estamos dispuestos a investigar y a estudiar, y a comprender a qué nos enfrentamos.

Muchos incluso tenemos algún capital que estamos dispuestos a arriesgar. Tenemos ideas sobre cómo mejorar nuestro trabajo diario, la experiencia del paciente, la experiencia del médico y la experiencia del tercer pagador, y sobre qué funcionaría mejor.

Entonces, ¿por qué los médicos tienen tan mala fama cuando se habla de negocios y de espíritu emprendedor?

Ninguno hemos recibido preparación empresarial alguna

durante nuestra formación médica. Esto es comprensible, ya que apenas hay tiempo suficiente en la facultad de medicina y en la residencia para aprender lo que necesitamos saber para ejercer nuestra profesión o para practicar una cirugía.

¿Por qué tendría que haber un incentivo para encontrar el tiempo necesario para aprender acerca de las oportunidades empresariales en medicina? Yo responderé. La realidad es que la mayor parte de los médicos terminan la residencia y empiezan a trabajar en consultas privadas. El día en que acabamos la residencia es el día en que comienza el resto de nuestras vidas. Ya sea en una consulta propia, en una consulta de grupo o en un hospital, todos debemos tratar con la parte empresarial de la medicina en la misma medida en

que tratamos con su parte práctica. Y por parte empresarial me refiero a la firma de contratos con empleados, terceros pagadores, agentes de seguros, bancos, proveedores informáticos, contables, abogados u hospitales.

LA PARTE EMPRESARIAL DE LA MEDICINA

Para los fines de este artículo, esta expresión tiene un amplio significado. Abarca cada una de las cosas que hacemos y que no está relacionada con el ejercicio de la medicina. Muchos quisiéramos enterrar la cabeza en la arena y dedicarnos a lo que siempre hemos soñado (es decir, la medicina). Pero su aspecto empresarial (nuestra calidad de vida y el dinero que debemos ingresar para mantener a nuestras familias, hacer planes para la jubilación, proteger nuestros bienes, diversificar y crear cierta seguridad en nuestras vidas) está ineludiblemente relacionado con nuestra rutina diaria y con nuestra capacidad para ejercer la medicina.

Medical Economics apuesta por los emprendedores

A partir del próximo mes **Medical Economics** inicia una sección en la que recogerá casos de éxito empresarial en el sector salud en España. Nuestros emprendedores contarán en primera persona cómo se les ocurrió su idea, cuáles fueron las barreras más difíciles de superar para hacerla realidad y, sobre todo, por qué es tan gratificante desarrollar un negocio propio a pesar de las complicaciones y los quebraderos de cabeza que comporta.

No pasa un solo día sin que pensemos en cómo optimizar nuestros esfuerzos, maximizar nuestros ingresos, minimizar nuestros gastos u obtener el reembolso real por el tiempo que invertimos atendiendo a nuestros pacientes. Nos preguntamos si hemos firmado con el proveedor informático adecuado, elegido al agente de seguro de vida apropiado, contratado al mejor abogado, trabajado con el banco correcto, contratado a los empleados adecuados, concluido el contrato laboral de los miembros del personal de forma correcta, gestionado al personal de enfermería justamente, firmado el contrato de tercer pagador adecuado, firmado el contrato laboral correcto, unido al grupo apropiado, trabajado para la mejor empresa, comprado el mejor seguro contra mala praxis, utilizado el código de Terminología Actualizada de Procedimientos Médicos correcto, evaluado de forma adecuada nuestra nueva tecnología, incorporado los procedimientos más novedosos a nuestra consulta, recibido la prometida bonificación y un salario justo de parte de nuestro empleador, etcétera.

La realidad es que cuando dejamos la residencia, quedamos a merced de lobos y tiburones. Nuestros profesores, que en su mayor parte no tiene experiencia empresarial, nos dejan en nuestro camino, nos desean lo mejor y nos aseguran que aprenderemos sobre la marcha.

El idealismo anacrónico del ejercicio de la medicina es la base de nuestra formación tradicional, y el tema de ganar dinero queda prohibido durante la formación. La enseñanza

que pensamos en cómo optimizar nuestros esfuerzos, maximizar nuestros ingresos, minimizar nuestros gastos u obtener el reembolso real por el tiempo que invertimos atendiendo a nuestros pacientes. Nos preguntamos si hemos firmado con el proveedor informático adecuado, elegido al agente de seguro de vida apropiado, contratado

» 4 CONSEJOS para emprendedores

CÓMO ALCANZAR EL ÉXITO EN LA COMERCIALIZACIÓN DE UNA IDEA:

1 Anticípese a las demandas temporales necesarias para su nueva empresa.

Si quiere ser empresario, no puede abordar el esfuerzo como si fuera un pasatiempo. Los pasatiempos son para el tiempo libre, mientras un nuevo negocio le consumirá todo el tiempo libre e invadirá su tiempo con la familia, en el trabajo, sus horas de sueño y hasta sus comidas. La mayor parte de los empresarios trabaja casi 24 horas al día.

Empezar un nuevo negocio es lo más complicado y lo que más tiempo me ha llevado nunca. Para mí fue más difícil que terminar la universidad en tres años, más difícil que la facultad de medicina, más duro que la residencia y peor que empezar mi primera consulta privada. No menosprecie lo que supone. Tenga en cuenta el tiempo que le llevará.

2 Prevea las demandas de capital de su nueva empresa.

Un presupuesto inadecuado es la mejor receta para el fracaso. Los empresarios deben comprender cómo crear un presupuesto proforma y la diferencia entre el flujo de caja y el estado financiero de pérdidas y ganancias.

El flujo de caja es el sustento de todas las nuevas empresas. Asegúrese de repartir los gastos correctamente, y siempre subestime el momento en que empiezan y se aceleran los ingresos.

Debe comprender cómo incrementar el capital a partir de inversores ángel, inversores de capital de riesgo, capital privado y líneas bancarias, y debe entender lo que significa incrementar el pasivo exigible.

3 Asegúrese de comprender los requisitos legales y las consecuencias.

Incrementar el pasivo exigible reduce su propiedad y afecta a su capacidad de controlar su junta directiva y el futuro de la empresa. Comprenda las legalidades de incrementar el pasivo exigible, memorandos de colocación privada y estructuras corporativas, desde la corporación subcapítulo C hasta las sociedades de responsabilidad limitada. Tenga en cuenta que la estructura corporativa afecta a su responsabilidad personal y a su estructura accionarial.

4 Prevea con exactitud los gastos mensuales.

El término "tasa de gasto" describe cuánto dinero se gasta al mes. Si continúa gastando dinero, acabará arruinado. Debe tener un mecanismo de control para moderar la tasa de gasto, y debe estar relacionado con el flujo de caja y la financiación.

Las tasas de gasto suelen descontrolarse porque la administración no estima los costes reales de empleados, operaciones, ejecutivos, desarrollo, honorarios legales, seguros, *marketing* y relaciones públicas. Subestimar el tiempo que lleva que un producto se comercialice con un volumen viable de ventas es un error frecuente.

—Steven M. Hacker, MD

» La organización pretende ayudar Por Mark W. Moronell

A medida que el cambio y la incertidumbre siguen definiendo la industria sanitaria, un mayor número de médicos y cuidadores asociados buscan establecer nuevas empresas por su cuenta. Se ha formado una organización relativamente nueva para ayudar a estos empresarios en ciernes que buscan relacionarse con colegas de todo el mundo.

La Sociedad de Médicos Empresarios (SoPE) es una red global de innovación biomédica y sanitaria con un gran número creciente de inventores, proveedores de servicios, inversores y miembros de la industria que representan tecnología farmacéutica, de dispositivos,

de diagnóstico por imágenes, de la información sanitaria e industrias relacionadas. Con más de 1.500 miembros de todo el mundo en más de 14 sedes nacionales e internacionales, y con más sedes formándose en todo el país, SoPE sigue creciendo y ampliando su alcance a comunidades de proveedores, de la industria y universitarias.

Ya en su cuarto año, SoPE pretende tomar la iniciativa en la investigación de innovación biomédica y sanitaria, así como en la formación de los nuevos empresarios en el desafiante proceso de aportar nuevos productos y servicios al mercado y en el fomento de nuevas ideas. También proporciona ayuda a través de diferentes

medios, como conseguir acceso al servicio técnico y a los recursos de financiación. SoPE pretende proporcionar a los médicos empresarios la oportunidad de relacionarse con sus colegas, compañeros y demás personas implicadas en el proceso de comercialización de innovación.

Hacerse miembro es gratuito y se puede gestionar en la página web de la organización, www.sopenet.org, que también incluye un blog y una tienda en línea que vende libros, CDs, artículos técnicos y otros productos de potencial interés para el empresario de sanidad.

El autor es cardiólogo en Anchorage, Alaska, y fundador de Health Comm Strategies, LLC.

sagrada del arte de la medicina es nuestra prioridad como residentes. Es un don que recibimos de nuestros profesores, pero no es relevante lo que ocurra con el resto de nuestras vidas el día que abandonamos el capullo de la medicina teórica.

Los programas de estudios actuales se desarrollaron antes de que la Norteamérica corporativa tomara los mandos de nuestras consultas y se convirtiera en nuestro empleador. Se desarrollaron mucho antes de que tuviéramos que tratar con abogados, reguladores, contables, especialistas en nómina, empleadores, agentes de seguros, proveedores de informática, departamentos de recursos humanos y políticas, procedimientos y protocolos corporativos.

Algunos médicos se han adaptado, otros no. Muchos somos dinosaurios y nunca cambiaremos. Nos quedaremos atascados en los pozos de alquitrán de la vieja práctica de la medicina. Nos jubilaremos o nos extinguiremos. Una nueva generación más joven, con diferentes ideales y expectativas, nacerá y heredará lo que dejamos atrás.

Sin embargo, muchos verán la oportunidad en los escombros y en el caos de la cambiante práctica de la medicina. Muchos se adaptarán. Muchas elegirán convertirse en empresarios, ya sea en consulta o en otro campo de la sanidad.

¿Es tan fácil? Yo empecé, y vendí, muchas empresas no relacionadas con mi consulta médica, así que hablo desde la experiencia cuando digo que no es fácil. Es divertido, emocionante y potencialmente gratificante, pero sin duda no es fácil.

ADAPTARSE Y PROSPERAR

No obstante, es posible. Usted también puede convertirse en empresario además de en médico. Solo necesita aprender y comprender lo que conlleva convertirse en empresario y empezar su propio negocio.

Quizá le interese lanzar su propia consulta o una pequeña

empresa de tecnología. Tal vez esta sea su oportunidad de comercializar esa idea que lleva dando vueltas en su cabeza desde hace diez años. O, si realiza investigaciones como médico, quizá haya llegado el momento de comercializarlas.

Yo creé un simposio con el único objetivo de formar a médicos sobre el modo de llegar a ser empresarios de éxito, ya sea en su consulta o en cualquier otra iniciativa. Estos cursos son tan solo el comienzo de la investigación y el esfuerzo necesarios para llegar a ser un empresario.

SEGUIR ADELANTE

No se desanime. Ser empresario es emocionante y estimulante. Es un proceso creativo que puede coger muchas piezas móviles (la mayor parte humanas) y convertirlas en una máquina que se mantenga por sí misma.

Deberá aprender sobre la protección de la propiedad intelectual, la creación de asociaciones exitosas, la evaluación de los contratos con proveedores y socios, la creación de empresas conjuntas, el desarrollo empresarial, las ventas y el *marketing*. Aprenderá a cómo reemplazar muchas de estas cosas hasta que las ventas empiecen a acelerarse. Conocerá a personas fascinantes, trabajará con empleados brillantes y ambiciosos y disfrutará de la camaradería de un objetivo y una meta compartidos.

Al final, con independencia de si tiene o no éxito, lo habrá intentado, cumpliendo el deseo de arriesgarse fuera de su zona de confort, siguiendo su corazón y sus ambiciones creativas, y disfrutando de una vuelta en la montaña rusa en el camino.



El autor es dermatólogo y fundador de The Medical Entrepreneur Symposium.



“Simplemente cogí una idea que ya existía e hice que fuera más fácil de utilizar para mis pacientes”, comenta Paul Kinsinger, que desarrolló una forma acertada de tratar las horribles uñas del pie de las que tanto se quejaban sus pacientes.

El médico que abordó el mercado con ‘buen pie’

ESCUCHAR A SUS PACIENTES PUEDE INSPIRARLE PARA DESARROLLAR SOLUCIONES QUE LES AYUDEN A AMBOS

[Por **BETH THOMAS HERTZ** | Foto de **DAVID PRICE**]

El médico de familia Paul Kinsinger escuchaba constantemente el odio que sentían sus pacientes por las uñas del pie gruesas y feas. Es una queja especialmente frecuente de los corredores, cuyas uñas sufren microtraumas por las zapatillas sudadas, y de las personas mayores.

Y aunque un médico popular de la televisión explicaba con exactitud a sus pacientes que empaparse las uñas del pie en vinagre y agua les ayudaría, Kinsinger sabía que pocos pacientes se tomarían el tiempo necesario para hacerlo todos los días.

Así que cuando encontró la forma de hacer el proceso más práctico, mejorando así la adherencia del paciente, este médico de Washington, Illinois, supo que tenía que comercializar su idea.

La idea de Kinsinger fue mezclar el vinagre (ácido acético) con timol (un ingrediente del elixir bucal Listerine) para elaborar un gel que pudiera aplicarse en la línea de la cutícula de la uña del pie. En seguida sale una gota del tamaño de un guisante y el usuario puede ponerse una pequeña venda encima si después quiere llevar calcetines.

A medida que las nuevas uñas más suaves empiezan a crecer, los usuarios se van quitando poco a poco la punta de la uña gruesa y desagradable. En unos tres meses, la uña de la mayor parte de la gente ha crecido lo suficiente como para poder quitársela por completo.

“Simplemente cogí una idea que ya existía e hice que fuera más fácil de utilizar para mis pacientes”, comenta Kinsinger.

Un fármaco que puede producir resultados similares exige que los pacientes se hagan análisis de sangre todos los meses por la posibilidad de toxicidad hepática, y no pueden utilizarlo las mujeres embarazadas ni las que toman anticonceptivos como la píldora.

“Los pacientes quieren productos que puedan solucionar su problema sin riesgo de efectos secundarios ni dolores, sobre todo para las enfermedades que no suponen un peligro para la vida, y la *Piggy Paste* lo consigue”, añade. “Funciona entre un 70 y un 80 por ciento de las veces y no tiene complicaciones”.

BUSQUE AYUDA

Después de que Kinsinger creara su producto, supo que necesitaría ayuda para introducirlo en el mercado. Encontró un ejecutivo jubilado de su zona para trabajar con él, así como dos antiguos profesionales de las ventas y el *marketing* farmacéuticos. Este equipo se ocupa de la logística de la fabricación, procesamiento de pedidos y posicionamiento y *marketing* de *Piggy Paste*.

Kinsinger ha conseguido ayuda profesional adicional, como para el desarrollo de su página web, www.piggypaste.com, en base a sus necesidades.

Recomienda firmemente que todos los médicos con ideas empresariales reúnan a su propio equipo de expertos que pueda compensar las habilidades de las que carezca el médico.

“Sabía que desconocía todas esas cosas”, explica. “Hay que identificar nuestros talentos, y luego asegurarse de que tenemos a las personas adecuadas con nosotros”.

Conseguir la financiación fue otro desafío para Kinsinger, pero un banco local decidió prestarle el dinero para ponerse en marcha cuando vio que en 22 meses podría vender unos 13.000 tubos de *Piggy Paste* en su mercado local, formado por unas 170.000 personas. Estas primeras ventas se debieron al boca a boca de sus

pacientes, así como a posicionamientos que había conseguido convenciendo a directivos locales de Walgreens. “Se propagó como un virus”, ríe.

Walgreens permite que sus directivos locales acepten productos que ven prometedores, explica. Si el producto se vende bien en las primeras seis semanas, una tienda lo mantendrá en sus estanterías.

Muchas otras cadenas farmacéuticas nacionales exigen que los nuevos productos sean aprobados por una oficina central. “Creo que los directivos de Walgreens se mostraron dispuestos a escucharme porque soy médico”, comenta Kinsinger.

La *Piggy Paste* está ahora disponible en 7.400 tiendas Walgreens de todo el mundo. Algunas tiendas incluso la promocionan en sus pantallas con texto: ¿Uñas del pie desagradables? Tenemos *Piggy Paste*.

En el mes de noviembre se vendieron unos 21.000 tubos de *Piggy Paste* a nivel nacional, y el precio de 30 dólares, inmejorable comparado con muchos otros artículos de cualquier farmacia, por un suministro de tres meses para una uña no parece un obstáculo.

“Walgreens me dice que casi nadie la devuelve”, añade Kinsinger.

Hace poco asistió a la Cámara de Comercio de Chicago para hablar sobre la posibilidad de comercializar *Piggy Paste* en el mercado internacional.

PERSIGA SUS IDEAS

Kinsinger anima a otros médicos con ideas sobre cómo mejorar la salud de sus pacientes a que las persigan.

“Nunca se arrepentirán de haberlo intentado, solo de las ideas que no salen del cajón y nunca ven la luz del día”, asegura. “Los médicos tienen una buena posición para utilizar sus habilidades diagnósticas para encontrar formas de ayudar a sus pacientes”.

“No acepte que sus únicas opciones sean A, B, C o D”, añade. “Busque la E o la G”.

Por ejemplo, continúa Kinsinger, un médico no para de escuchar de sus pacientes que sus bebés tragaban demasiado aire de los biberones, así que inventó una tetina que limita la cantidad de aire que los bebés inhalan al beber.

“Escuche lo que le cuentan los pacientes. Todos los médicos entran en esto para ayudar a las personas”, añade.

“Además, ahora que los reembolsos disminuyen, es bueno tener opciones a las que recurrir”, concluye.

“Los médicos tienen una buena posición para utilizar sus habilidades diagnósticas para encontrar formas de ayudar a sus pacientes”

PUNTOS CLAVE

Persiga sus ideas sobre cómo mejorar la salud de los pacientes.

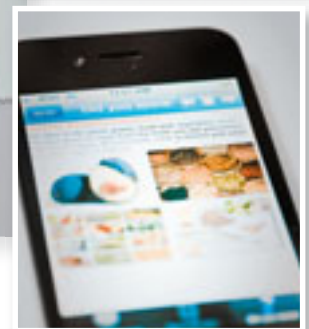
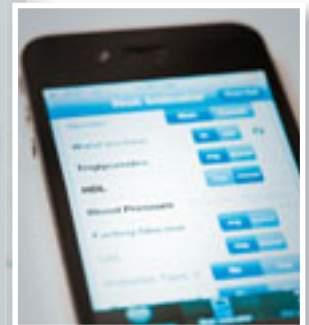
Reúna un equipo de expertos que puedan compensar las habilidades de las que usted carece.

Una mente inquisitiva es la clave para desarrollar nuevas respuestas a los problemas.

Ahora que los reembolsos disminuyen, convertirse en empresario es una opción a la que recurrir.



“Es mi pasión y mi visión de cómo ayudar al público”, comenta Purushotham Kotha, que desarrolló una aplicación para *smartphone* para hacer disponible a más personas la información sobre cómo reducir el riesgo de padecer complicaciones como cardiopatías, diabetes y accidentes cerebrovasculares. “Hay personas en este mundo que no tienen acceso a agua limpia ni a instalaciones sanitarias, pero sí tienen teléfonos móviles”.



Una aplicación diseñada por un médico otorga más poder a los pacientes

LA NUEVA TECNOLOGÍA BRINDA LA OPORTUNIDAD DE FORMAR AL PÚBLICO SOBRE LOS RIESGOS SANITARIOS

[Por **BETH THOMAS HERTZ** | Foto de **MAX DOLBERG**]

Purushotham Kotha, médico de medicina interna y cardiólogo, es un apasionado de ayudar a la gente a mejorar su salud. Hace unos 15 años, este médico de San Diego, California, creó una página web (www.heartsmart.info) para compartir información sobre cómo reducir el riesgo de padecer complicaciones como cardiopatías, diabetes y accidentes cerebrovasculares.

Sin embargo, con el tiempo empezó a ver este foro demasiado estancado, sin llegar a suficientes personas, sobre todo a las más pobres que no tienen acceso a ningún ordenador. Así que se puso a trabajar en la creación de una aplicación para *smartphone* para hacer que esta información estuviera fácilmente disponible para más personas.

“Hay personas en este mundo que no tienen acceso a agua limpia ni a instalaciones sanitarias, pero sí tienen teléfonos

móviles”, comenta. “Lo veo como un medio excelente para llegar al público y ayudarles a conocer los riesgos sanitarios de su género, edad y grupo étnico”.

La aplicación creada por Kotha, *Heartsmart global*, está disponible para iPhone e iPad por 0,99 dólares. Está trabajando en las versiones para Android y Blackberry.

“Si yo puedo hacer esto, todo el mundo puede”, aconseja a otros médicos que tengan ideas para crear aplicaciones. “Hace falta paciencia, tenacidad y toda la formación posible sobre los aspectos técnicos, pero hay muchos recursos en línea para poder ponerse en marcha”.

Añade que la tecnología *smartphone* mejora continuamente. “Si tiene una idea, vaya a por ella”.

“Si yo puedo hacer esto, todo el mundo puede... Si tiene una idea, vaya a por ella”

con ambos a medida que desarrollaban y evaluaban su trabajo.

“El proceso fue tedioso y frustrante”, asegura. “El lenguaje de las aplicaciones es totalmente diferente, y cada plataforma tiene

su propio sistema operativo. No hablan unos con otros”.

Kotha tuvo que encajar este trabajo en su ajetreada consulta médica. El proceso le llevó unos seis meses de principio a fin.

“Pero es mi pasión y mi visión de ayudar al público”, añade. “Quiero que sean conscientes de su salud y explicarles que no deben asumir que su médico se ocupa de todas sus necesidades sanitarias. Quiero que sepan cuándo llamar o acudir al médico, y también llevarles a tomar decisiones más saludables”.

Se gastó unos 10.000 dólares en el desarrollo de su aplicación para iPhone, sin tener en cuenta el valor de su tiempo. Cada vez que alguien compra la aplicación, Kotha gana 0,60 dólares y Apple se lleva 0,39 dólares, así que para recuperar su inversión necesitará muchas descargas.

“Mi principal objetivo es difundir el conocimiento, no obtener ganancias”, explica. “Aunque sí espero recuperar mi inversión, sobre todo a medida que la aplicación se difunda por el mundo”.

Cuenta con que el desarrollo de la aplicación para Android costará menos, cerca de los 5.000 dólares, porque parte del trabajo ya está conceptualizado.

Para ayudar a compensar los costes, Kotha venderá espacios publicitarios en la aplicación a empresas que ofrecen productos que contribuyen a llevar un estilo de vida saludable.

“Me gustaría mantener la aplicación a 0,99 dólares, no a tres ni cinco dólares, que sería especialmente prohibitivo para las personas de los países en desarrollo”, asegura. “Quiero que todo el mundo pueda permitirse utilizarla para mejorar su salud”.

En el futuro, a Kotha le gustaría crear más aplicaciones que animen a las personas a ser proactivas a la hora de programar pruebas de cribado, como mamografías o exámenes oculares anuales, o la vacuna contra la gripe.

“Los médicos de Atención Primaria no siempre tienen tiempo para centrarse en los cuidados preventivos, por lo que quiero formar a los pacientes sobre lo que necesitan pedir”, concluye Kotha. “Quiero que sea un manual de auto-cuidados para todas las personas”.

CÓMO FUNCIONA LA APLICACIÓN

La aplicación de Kotha incluye tres componentes. El primero analiza los factores de riesgo sanitarios y proporciona estadísticas sobre con qué frecuencia las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes afectan a las personas de todo el mundo.

La segunda parte es una calculadora de riesgo en la que el usuario introduce sus datos, incluidos la etnicidad, el género, la circunferencia de la cintura, la presión arterial, la edad, la condición de fumador y los antecedentes familiares de cardiopatía.

La tercera parte ofrece información sobre lo que puede hacer el usuario para mejorar su estado de salud, como dejar de fumar, hacer más ejercicio y perder peso.

La primera versión de la aplicación salió al mercado el pasado mes de julio, y una versión actualizada se presentó en septiembre. La segunda versión añade la opción de introducir cálculos corporales utilizando medidas métricas, haciendo que la aplicación gane utilidad para las personas de fuera de Estados Unidos.

De momento se han vendido unas 350 copias de la aplicación, sin esfuerzos de comercialización. Kotha suele utilizar la aplicación con sus pacientes en su consulta para ayudarles a tomar mejores decisiones para su salud, y con ello se ha corrido la voz.

“Introduzco su información y la aplicación calcula sus niveles de riesgo con ellos delante. Luego les explico lo que deben hacer para reducir sus riesgos”, añade. “Es muy convincente”.

Cuando la aplicación esté lista para más plataformas, Kotha tiene pensado lanzar una iniciativa de comercialización y relaciones públicas.

PUNTOS CLAVE

Crear una aplicación requiere paciencia, tenacidad y conocimiento de los aspectos técnicos.

El proceso puede implicar mucho más trabajo que la creación de una página web.

Además de las descargas, los esfuerzos de publicidad y de relaciones públicas pueden ayudarle a recuperar los costes de desarrollo y a producir ganancias.



Por RAMÓN MORERA I CASTELL

Ética y gestión

Quizás el atareado día a día de los directivos no facilita la reflexión sobre la relevancia de la ética en la prestación de servicios sanitarios y la trascendencia de que los gestores desarrollen su actividad a partir de los valores propios y los de su organización.

La ética, como rama de la filosofía, estudia la conducta humana desde el punto de vista de los derechos y los deberes, y nos enseña, gracias a la deliberación (discusión), a tomar decisiones prudentes.

Aunque en el mundo occidental todos tenemos como referencia a Hipócrates (siglo V a.C.) y su famoso juramento como el primer compromiso ético que, impregnado de valores, comprometía a todos los médicos en su ejercicio profesional, no ha sido hasta hace pocas décadas que la ética se ha desarrollado en profundidad.

Cuando hablamos de ética aplicada a las ciencias de la salud hablamos de bioética, disciplina de desarrollo muy reciente.

Se considera una fecha clave para el desarrollo de la bioética el año 1914,

cuando se da en Estados Unidos el caso de *Schloendorff* contra la *Society of New York Hospital*. Una paciente había consentido una laparotomía exploradora con anestesia general haciendo constar específicamente que no se extrajera ningún órgano o tejido. Sin embargo, el cirujano extirpó un tumor fibrinoide por creer que era lo mejor para la paciente, y esta demandó al hospital. En la sentencia, el juez Benjamín Cardoso manifestó: "...todo ser humano de edad adulta y sano juicio tiene el derecho de determinar lo que debe hacerse con su

propio cuerpo, y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le pueden reclamar legalmente daños...".

A pesar de este precedente, el término bioética no se utilizó hasta 1971

en el libro *Bioethics: bridge to future* de Rensselaer Van Potter.

Todos conocemos los denominados principios básicos de la ética, que enmarcan todas las deliberaciones de esta disciplina, y que son cuatro: la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia (*Informe Belmont*, 1974). En la actualidad, también se habla de valores como base para el discurso ético.

LOS VALORES

La salud es un bien personalísimo, ligado a la vida, que ocupa un lugar prioritario en la escala de valores humanos. Además, cuando hablamos de gestión pública la asociamos a valores como la equidad, la solidaridad, la transparencia y la eficiencia. Así, la gestión pública ineficiente sería éticamente reprochable. Pero en tiempos de crisis, tenemos que ser conscientes de que el

papel de la ética es más trascendente.

Cuando gestionamos en el marco del Servicio Nacional de Salud un bien público, nos comprometemos a hacerlo buscando el bien de las personas; ese es nuestro fin. Nos comprometemos a hacerlo buscando la máxima calidad y

**RECORTAR DONDE ES MÁS FÁCIL
NO ES LA MANERA MÁS RACIONAL, NI
CON MÁS FUTURO, PARA GARANTIZAR
UN SISTEMA SANITARIO QUE TENGA
COMO GRAN VALOR LA EQUIDAD, NI
SIQUIERA UN SISTEMA SANITARIO
MÁS EFICIENTE**



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA

eficiencia posibles. En el desempeño de la gestión, la ética nos dice que hay cosas que no debemos hacer, aún cuando pudiéramos hacerlas.

ÉTICA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Como refiere Victoria Camps, en estos momentos de dificultad en la viabilidad económica de los servicios de salud, de entre los principios básicos de la ética que hasta ahora más debatíamos, como la autonomía o la beneficencia, adquiere mayor relevancia el de la justicia. La necesaria sostenibilidad económica del sistema sanitario no puede ni debe poner en riesgo su equidad, basándonos en el principio básico de la justicia. Estamos haciendo y seguiremos haciendo reformas, pero por encima de ellas hay que velar por preservar la equidad.

Se ha de poder garantizar que los menos favorecidos no se encuentren discriminados a la hora de ser atendidos. El sistema público tiene que ser capaz de asegurarse de que nadie sea excluido y de que el acceso a los servicios sea igual para todos.

Recortar donde es más fácil, no es la manera más racional ni con más futuro para garantizar un sistema sanitario que tenga como gran valor la equidad, ni siquiera un sistema sanitario más eficiente.

Para garantizar la equidad, la receta es analizar, en las grandes decisiones, qué

elementos pueden ponerla en riesgo y trabajar para evitarlos o resolverlos.

La ética interesa plenamente al día a día de los servicios de salud. Son retos cotidianos asegurar la equidad, mantener la confidencialidad de la información clínica, ser justos: dedicar más tiempo a quien más lo necesita, evitar la maleficencia de la prevención inadecuada, promover las decisiones autónomas de los ciudadanos, usar eficientemente los recursos (pruebas, fármacos, ingresos hospitalarios,...) y que la investigación y docencia estén al servicio de los pacientes.

PUNTOS PARA LA REFLEXIÓN

Dos de las sociedades científicas de Atención Primaria que llevan tiempo trabajando los debates y reflexiones éticas para el sistema sanitario son la SEMFyC, con diversos documentos a partir del titulado *Sobre Bioética y Medicina de Familia*, de 1996, o los numerosos documentos de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, CAMFiC, todos muy interesantes como el que se acaba de editar sobre reflexiones éticas al final de la vida.

Estas son, por ejemplo, algunas recomendaciones éticas de la CAMFiC a los médicos de familia frente a los recortes:

- Las restricciones pueden dificultar una buena atención por la sobrecarga pero no deben ser una excusa para la no atención.
- Las exploraciones o pruebas que necesita el paciente deben estar basadas

en la evidencia y hay que ser reflexivos, pero una vez esté clara su indicación debemos defenderla.

- La confidencialidad es una exigencia siempre, al margen de las condiciones en que se trabaje.
- Un ejemplo en que se puede vulnerar el deber del secreto es el envío de listados con medicaciones que se pueden suplir o modificar por razones de costes. Este caso se convierte en un ejemplo de vulneración del derecho de confidencialidad si se hace sin las debidas garantías o si se incluyen datos identificativos del paciente que no sean imprescindibles y sin permiso del mismo.
- Hay que ser leales y honestos con las personas.
- Debemos expresar claramente a nuestros pacientes cuál es nuestra opinión sobre qué le hace falta, al margen de los recortes, y tenemos que ser honestos si tenemos que decirle que el sistema no le proporciona lo que creemos que necesita.
- Debemos decirles claramente nuestras limitaciones personales y hacer una interconsulta o una derivación cuando creamos que nosotros no lo podemos resolver.

Quienes trabajamos en los servicios de salud, especialmente gestores y sanitarios, debemos impregnar el quehacer cotidiano de nuestros valores y el de nuestras organizaciones y tener plenamente en cuenta las dimensiones éticas de nuestro trabajo.

Sección patrocinada por:

 **Almirall**
Soluciones pensando en ti

Médico de familia Castelldefels. Miembro del Grupo de Ética de la CAMFiC. Miembro de la Junta Directiva de la SEDAP.



Por ISAAC ARANDA-RENEO

Evaluación económica en dolor

Una evaluación económica, en cualquier ámbito en el que se aplique, persigue revelar información hasta entonces no observada, que pueda incluirse en un proceso de elección. En el Sistema Nacional de Salud español, esta herramienta está pendiente aún de conseguir una presencia más importante en los procesos de toma de decisiones. Lo que puede aportar al SNS la evaluación de tecnologías sanitarias es la identificación de las técnicas más eficientes. Es decir, aquellas tecnologías que producen mejores resultados en salud según los recursos empleados.

Incorporar el apellido “económica” en la evaluación de una tecnología sanitaria no consiste en incluir exclusivamente variables económicas. La valoración de los resultados que dicha tecnología efectúe sobre la salud de los sujetos es un ingrediente clave y con tanto peso como la valoración monetaria. Para llegar a un resultado es necesario identificar, recoger y valorar todos los recursos implicados para poner en marcha una intervención, aplicarla sobre los sujetos y cuantificar los resultados (beneficiosos) en salud que produce. Por lo tanto, la evaluación económica debe entenderse como un complemento al objetivo puramente clínico de la medicina. No se trata de una herramienta que discrimine exclusivamente según los costes de las tecnologías sino que cuenta con el valor

clínico que aportan las tecnologías sanitarias comparadas.

La interpretación de los resultados de las evaluaciones económicas puede ser sencilla o muy compleja. Dependerá de las diferencias que se observen entre las distintas tecnologías comparadas. En el caso de que una de las tecnologías sea menos costosa y produzca un mayor efecto sobre la salud estará claro que nos encontramos ante una tecnología eficiente. Mientras que si la nueva tecnología resulta más costosa y no consigue

LA EVALUACIÓN ECONÓMICA NO SE LIMITA A LOS COSTES, CUENTA CON EL VALOR CLÍNICO QUE APORTAN LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS COMPARADAS

mejorar la salud en mayor medida, que aquella que se utilizó para la comparación, nos encontraremos ante una tecnología ineficiente, o menos eficiente que otra. Hasta aquí la interpretación de los resultados de una evaluación económica parecen bastante sencillos. La incorporación de esta nueva información al proceso de decisión favorecerá la agilidad del proceso y además permitirá cuantificar la diferencia en costes que existe entre ambas tecnologías.

Sin embargo, en ocasiones la solución de la evaluación económica puede concluir que nuevas tecnologías que consiguen una mejora de la salud (ma-

yor efecto) son aquellas que exigen la utilización de mayor número de recursos económicos. También podremos darnos cuenta de que un nuevo tratamiento o procedimiento resulta más barato pero que también resulta menos efectivo. Es preciso recordar en este momento que, en realidad, el objetivo de la evaluación económica no era concluir con una decisión, sino generar información que ayude a tomar decisiones. Para los dos escenarios en los que las tecnologías evaluadas resultan menos costosas pero menos eficaces y más costosas pero más eficaces fue desarrollado el ratio coste-efectividad incremental (*incremental cost-effectiveness ratio*). Este ratio es un cociente entre la diferencia de costes

entre la tecnología nueva y la vieja y los resultado en salud de ambas. Representa el coste de generar una unidad adicional de efecto producido sobre la salud.

Para que la información descubierta por la evaluación económica sea responsable en última instancia de la incorporación

de la tecnología sanitaria a la cartera de servicios prestados por un servicio, tanto la definición del efecto como la de los costes debe ser lo más cercana posible a la práctica clínica habitual del entorno en el que se vayan a implementar las tecnologías evaluadas. Existen diversas metodologías entre la literatura capaces de establecer las bases de la evaluación económica, desde el punto de vista económico. Así como recomendaciones y normas de buena práctica avaladas por la comunidad internacional. Pero es preciso que la definición clínica esté también correctamente formulada.

El dolor es una experiencia sensorial en ocasiones relacionada con un daño a los tejidos, real o potencial y en otras circunstancias también asociado a eventos emocionales agudos. La ciencia médica ha dedicado un mayor esfuerzo a comprender, tratar y cuidar el dolor que tiene un origen físico en lugar de emocional. Cuando el daño, y por tanto la experiencia sensorial que lo acompaña, se prolongan en el tiempo adquiriendo duración ilimitada y acompañándose en muchos casos de un fuerte componente psicológico, se convierte en un dolor crónico.

INFORMACIÓN DE CALIDAD COMO PUNTO DE PARTIDA

Estos casos están ampliamente estudiados entre la comunidad internacional llegando hasta el punto de poder acotar esta experiencia sensorial en diferentes escalas capaces de medir la intensidad de esta sensación en las personas que lo sufren. Así pues, el estudio del dolor desde el punto de vista clínico está ampliamente demostrado. Y por consiguiente las evaluaciones que se lleven a cabo teniendo en cuenta el estudio clínico del dolor podrán ofrecer información de calidad al decisor.

Veamos un ejemplo con la publicación de una reciente revisión de la literatura que localiza estudios publicados hasta la fecha que han llevado a cabo

una evaluación económica de algún tipo de intervención dirigida al tratamiento del dolor de cuello o cervical. Entre las distintas tecnologías evaluadas incluyeron guías de cuidado, terapias manuales, fisioterapia y programas de actividad física. Este trabajo identificó cinco evaluaciones económicas que comparasen algunas de las intervenciones enumeradas. Se identificó un estudio que comparó una terapia basada en la movilización espinal de forma manual frente a un conjunto de ejercicios fisioterapéuticos (ejercicios funcionales, de relajación y estiramiento) resultando la terapia manual más eficiente. El coste de reducir en un punto la intensidad del dolor resultó ser de -757 euros. Es decir, menos costoso que los ejercicios de fisioterapia y más eficiente. En el mismo estudio se comparó la movilización manual espinal frente a una guía estandarizada de cuidados entregada a los médicos de familia. El coste de reducir en un punto la intensidad de dolor resultó ser de -6.652 euros. Finalmente, se comparó la intervención de fisioterapia con la guía de cuidado entregada a los médicos de familia y la reducción de un punto en la escala de dolor costaría 83 euros. Es decir, que en este caso domina ampliamente la intervención de movilización manual espinal resultando más barato y más efectivo que los competidores.

Para más información:

1. Driessen M, Lin C, van Tulder M. *Cost-effectiveness of conservative treatments for neck pain: a systematic review on economic evaluations. Eur Spine J.* DOI: 10.1007/s00586-012-2272-5.
2. Sacristan JA, Ortun V, Rovira J, Prieto L, García-Alonso F. *Evaluación económica en medicina. Med Clin (Barc)*2004;122(10):379-82
3. Prieto L, Sacristan JA, Pinto J, Badía X, Antoñanzas F, Llano J. *Análisis de costes y resultados en la evaluación económica de las intervenciones sanitarias. Med Clin (Barc)*2004;122(11):423-9
4. Prieto L, Sacristan JA, Antoñanzas F, Rubio-Terrés C, Pinto J, Rovira J. *Análisis coste-efectividad en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. Med Clin (Barc)*2004;122(13):505-10
5. Rubio-Terres C, Sacristan JA, Badía X, Cobo E, García F. *Métodos utilizados para realizar evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias. Med Clin (Barc)*2004;122(15):578-83

Sección patrocinada por:





Por **JOSÉ IGNACIO ALEMANY**

Respuestas a sus preguntas sobre...

Real Decreto Ley 12/2012 de Medidas Tributarias y Administrativas

Como consecuencia de la situación económica por la que atraviesa la economía española, el pasado 30 de marzo el Consejo de Ministros aprobó el Real Decreto Ley 12/2012 (en adelante, el RDL 12/2012), por el que se introducen diversas medidas tributarias y administrativas dirigidas a la reducción del déficit público, especialmente en el ámbito empresarial, que serán recogidas también en los Presupuestos Generales del Estado para 2012 (proyecto que también fue aprobado por el Gobierno el 30 de marzo). Recogemos a continuación algunas de las medidas adoptadas más importantes

¿Cómo quedan las deducciones correspondientes al fondo de comercio?

Con efectos para los periodos impositivos que se inicien dentro de los años 2012 y 2013, se reduce del cinco por cien al uno por cien el límite anual máximo deducible del inmovilizado intangible correspondiente al fondo de comercio, tanto por adquisición de entidades como por reestructuraciones empresariales. Se trata de fijar la misma limitación que determinó el Real Decreto de 2011 para el fondo de comercio financiero (acciones de sociedades no residentes) y hacerla extensiva a los demás fondos de comercio con efecto fiscal.

¿Se modifica el límite de las deducciones en la cuota del Impuesto sobre Sociedades?

Con efectos 2012 y 2013 el actual límite general del 35 por ciento de la cuota íntegra se reduce al 25 por ciento y en él se incluye por primera vez la deducción por reinversión de beneficios extraordinarios. Y se reduce del 60 al 50 por ciento para el caso en que la deducción por actividades de I+D+i supere el diez por ciento de la cuota. El plazo para aplicar las deducciones que excedan el límite se amplía de 10 a 15 años con carácter general y de 15 a 18 años en caso de I+D+i.

¿Cuál es el pago fraccionado mínimo para grandes empresas?

Con efectos para los periodos impositivos que se inicien dentro de los años 2012 y 2013 se fija un importe mínimo del pago fraccionado que tendrán que asumir las empresas cuyo resultado contable supera los veinte millones al año. Con carácter general, el pago fraccionado será del ocho por ciento del resultado de su cuenta de pérdidas y ganancias, aunque, será del cuatro por ciento si al menos el 85 por ciento de sus ingresos corresponden a rentas exentas o dividendos con derecho a deducción por doble imposición. Para el próximo pago fraccionado, cuyo plazo de declaración e ingreso finaliza el 20 de abril de 2012, los porcentajes se reducen a la mitad: cuatro por ciento o dos por ciento si, al menos el 85 por ciento de sus ingresos corresponden a rentas exentas o dividendos con derecho a deducción por doble imposición. En este cálculo no se tendrá en cuenta el límite a la deducción de gastos financieros que explicamos enseguida.

¿Qué gastos financieros son deducibles?

Con efectos para los periodos impositivos iniciados a partir del 1 de enero de 2012, no serán deducibles los gastos financieros derivados de la financiación para la compra de participaciones de entidades de un mismo grupo, salvo que la entidad justifique motivos económicos para la compra de estas participaciones. Tampoco serán deducibles los demás gastos financieros (netos de ingresos financieros) que excedan del mayor del 30 por ciento del resultado (EBITDA) del ejercicio y de un millón de euros. El gasto no deducido podrá llevarse a los 18 años inmediatos y sucesivos. Este límite se aplica a las entidades que forman parte de un grupo, o cuando los gastos financieros corresponden a deudas con participadas en más de un 20 por ciento y superan el diez por ciento de los totales.

PUNTOS CLAVE

Se reduce del cinco por cien al uno por cien el límite anual máximo deducible del inmovilizado intangible correspondiente al fondo de comercio

No serán deducibles los gastos financieros derivados de la financiación para la compra de participaciones de entidades de un mismo grupo

¿Cuáles son los límites de la libertad de amortización?

Se limita la aplicación en 2012 y 2013 de la libertad de amortización para grandes empresas (las que facturan más de 10 millones de euros): las cantidades pendientes de aplicar no pueden superar el 40 por ciento de la base imponible previa, si hay creación de empleo, o el 20 por ciento si no la hay.

* Socio director del bufete Alemany, Escalona & Escalante. Artículo escrito con la colaboración de Marisa Ramírez Prieto. Para contactar: info@alescab.es



Arnold Palmer Invitational

Tiger vuelve a ganar

El ex 'número uno' del mundo se anota su victoria número 72 en el circuito de la PGA estadounidense.

Después de un paréntesis, quizá demasiado largo, Tiger Woods ha vuelto a conseguir la victoria. Es verdad que su rival en la lucha por el título, el norirlandés Graeme McDowell, no estuvo en la última jornada del Arnold Palmer Invitational demasiado brillante, pero sin duda, Tiger demostró que tras la caída –muy dura, por cierto– ha logrado volver a levantarse. En Bay Hill ha conseguido su séptimo triunfo en este torneo. A partir de ahora da la sensación de que su contador suma solo una victoria, una de las más importantes de su carrera. Con este triunfo, Woods, que se anota su victoria número 72 en el circuito de la PGA estadounidense, ha logrado borrar viejos fantasmas. Este triunfo puede ser para él mucho más importante de lo que puede parecer a primera vista.



Tiger volvió a ganar dos años, cinco meses y doce días después de su última victoria en la PGA.

El norteamericano acabó con 13 bajo par, a cinco del norirlandés Graeme McDowell, que firmó su mejor actuación de la temporada, aunque quizá le faltó algo de brillo en una última jornada un tanto gris. Por detrás de ellos, muy alejados del resultado del ganador, terminaron el inglés Ian Poulter, con seis, y hasta siete jugadores empatados con cinco bajo par. Con este

nuevo entorchado, el primero del año, Woods entra de nuevo en el *top-ten* mundial, donde no estaba desde el 22 de mayo del año pasado. Además, se coloca muy cerca de los cinco primeros, sexto, con todas las opciones de seguir subiendo en el futuro.

Los 69 y 65 golpes de Woods de los dos primeros días fueron fantásticos, demostrando, una vez más, que puede volver a rozar su mejor nivel, aunque las dos vueltas del fin de semana, sobre todo la del sábado, dejaron bastante que desear. Con dos parciales de 71 y 70, tendrá que mejorar todavía en su regularidad si quiere plantarle cara en condiciones a los líderes mundiales –Donald, McIlroy, Westwood y Kaymer– que no han estado en esta cita previa al Masters de Augusta.

Mención especial para McDowell, que atraviesa un camino duro, largo y sin buenos resultados. En este Arnold Palmer ha vuelto a brillar, aunque quizá cegado por la luz y el apoyo incondicional de los seguidores del americano, ya que no pudo desarrollar su mejor juego en la última jornada del torneo auspiciado por Arnold Palmer.

Pula Golf recibe a los seniors

Ganar en Pula Golf ya es sinónimo de grandeza, como muestra el palmarés de jugadores que han levantado copa en este recorrido balear. Prueba de ello es que, casi todos, son ganadores de Ryder Cup. Este año será un *senior* y, ¿por qué no?, también puede ser un ganador de grande o de Ryder Cup el que levante el trofeo en Mallorca Open Senior, donde se dará cita el golf mundial del 11 al 13 de mayo próximos. Allí firmó una de sus primeras victorias José Manuel

Lara, en el año 2002, y de allí dio el salto al Tour Europeo, donde ya ha logrado dos triunfos, el último de ellos en Austria en el 2010. En el año 2003 dio un salto cualitativo y Pula Golf recibió por primera vez a los jugadores del Tour Europeo. Olazábal y Jiménez dieron un auténtico espectáculo del mejor golf, llevándose el triunfo el malagueño. No sería el primero. Acababa con una racha de casi cuatro años sin victorias, y tras esta, llegaron once más, además de una Copa Ryder.

En el 2004, fue Sergio García quien se impuso en el torneo mallorquín, y después logró siete victorias internacionales más, además de la Ryder. En el año 2005 conseguiría la victoria José María Olazábal, actual Capitán de la Ryder Cup. En el 2006 fue el sueco Niclas Fasth, jugador que también ha sido ganador de Ryder Cup. Al año siguiente, el francés Gregory Bourdy estrenaba su palmarés en Pula Golf, y tras esta victoria vendrían dos más en el Tour Europeo.